

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Das Kontaktmangelparanoid

somatische, soziale und psychopathologische Aspekte
eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms
im höheren Lebensalter.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz

den Medizinischen Fachbereichen vorgelegt

von Thomas Schulte
aus Darmstadt

Mainz 1978

'979

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Das Kontaktmangelparanoid -
somatische, soziale und psychopathologische Aspekte
eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms im höheren
Lebensalter.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz

den Medizinischen Fachbereichen vorgelegt

von Thomas Schulte
aus Darmstadt

Mainz 1978



Fachbereichsdekan : Professor Dr. med. E. Straub
1. Gutachter : Professor Dr. med. W. Janzarik
2. Gutachter : Professor Dr. med. J. Glatzel

Tag der mündlichen Prüfung : 28.02.1979

Meinen lieben Eltern

Inhaltsübersicht

- I. Die Erforschung paranoid-halluzinatorischer Psychosen der zweiten Lebenshälfte im historischen Rückblick
- II. Das Kontaktmangelparanoid, ein Prägnanztyp schizophrener Krankseins im höheren Lebensalter.
- III. Die Untersuchung somatischer, sozialer und psychopathologischer Aspekte an einem ausgewählten Krankengut.
 1. Darstellung der Aufgabe und der Vorgehensweise.
 2. Ergebnisse der Untersuchung aus somatischer, sozialer und psychopathologischer Sicht.
 3. Die Bedeutung des Kontaktmangels im Vergleich mit der Literatur in individueller und epidemiologischer Sicht.
 4. Zusammenfassung und Ausblick
- IV. Kasuistischer Anhang
- V. Literaturverzeichnis.

I. Die Erforschung paranoid-halluzinatorischer Psychosen der zweiten Lebenshälfte im historischen Rückblick.

Die Untersuchung psychischer Störungen bei alten Menschen ist durchaus nicht selbstverständlich. Bei einem historischen Rückblick fällt auf, daß im 19. Jahrhundert kaum versucht wird, spezielle psychische Störungen des Alters außer den Demenzen von Erkrankungen jüngerer Menschen abzugrenzen.

Beispielsweise finden sich bei GRIESINGER keinerlei Abgrenzungen zwischen Erkrankungen alter und junger Patienten. Selbst in seinen Falldarstellungen vermißt man die Darstellung der Einflüsse des Alters auf das aktuelle Bild der Psychose.

Obwohl man dann bei KRAEPELIN immer wieder Versuche findet, einige Krankheitsbilder wegen des unterschiedlichen Verlaufs beim älteren Menschen von Erkrankungen junger Menschen abzugrenzen, gibt er alle hier interessierenden paranoiden, paranoid-halluzinatorischen Bilder in den großen "Sammeltopf der Schizophrenie" (SCHIMMELPENNING) zurück.

SCHIMMELPENNING führt im einzelnen aus, daß in der Zeit nach KRAEPELIN versucht wurde, die Eigenständigkeit einiger der paranoiden Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte herauszuarbeiten. Begrenzte Bedeutung erlangte lediglich die Involutionssparanoia von Kleist, ohne jedoch allgemein Verbreitung zu finden.

Wichtig aus dieser Zeit ist noch BONHOEFFERs Ansicht, daß zwar die von ihm beschriebenen "exogenen Reaktionstypen" "präformierte Symptomenkomplexe" im Sinne HOCHES sein könnten, daß aber die Trennung von exogenen und endo-

genen Psychosen deshalb nicht aufgegeben werden könne, da wohl eine besondere Beziehung zwischen exogenen Reaktionstypen und organischen Psychosen bestehen müsse.

SEELERT nimmt eine Verbindung von endogener Konstitution mit exogenen Faktoren an, die die Vielgestalt und symptomatologische Unschärfe der Psychosen der zweiten Lebenshälfte erklären soll. So greifen für ihn endogene paranoide Psychose, paranoide Psychose des höheren Lebensalters und seniles Paranoid ineinander. Zum Beispiel sind die paranoiden Psychosen in der Involution für ihn "eine endogen bedingte individuelle Reaktionsform auf einen langsam verlaufenden organischen cerebralen Prozeß". Er weist darauf hin, daß enge Verwandtschaft zwischen der endogenen Konstitution dieser Bilder und dem manisch depressiven Formenkreis zu bestehen scheint. Die wesentliche Grundlage für die Wahnthemen sah er in den durch den cerebralen Prozeß hervorgerufenen Körpermißempfindungen.

Als widerlegt betrachtet dann M.BLEULER 1934 die Auffassungen SEELERTs durch das Fehlen eindeutiger Befunde im Körperlichen oder der Anamnese als Hinweise auf eine hirnpathologische Störung. Er zählt die paranoiden Involutionspsychosen den Spätschizophrenien zu.

1961 und 1962 folgen die umfassenden Darstellungen von KLAGES und BRONISCH, die von dem durch M.BLEULER eingeführten Bild der Spätschizophrenie ausgehen.

1965 untersucht SCHIMMELPENNING die Prognose der paranoiden Bilder der zweiten Lebenshälfte. Seine Verlaufsuntersuchungen zeigen die Bedeutung hirnpathologischer Störungen für Entstehung und Verlaufsgestalt dieser Psychosen. Allerdings folgen gerade seine als Spätschizophrenien bezeichneten Fälle dieser Regel am wenigsten.

Erwähnt sei noch die "LILLHAGEN-Klassifikation" von H.SJÖGREN, deren statistische Ergebnisse über ein großes Material als Bestätigung der Ergebnisse von ROTH, HAASE (1958, 1963) und anderen herangezogen werden können, wie die Arbeit zeigen wird.

Nicht nur wegen der praktischen Bedürfnisse sondern auch wegen der phänotypischen Besonderheiten räumt WEITBRECHT den Involutionspsychosen eine Sonderstellung zwischen endogenen und symptomatologischen Psychosen ein. Nosologische Konsequenzen ergeben sich für ihn dadurch aber nicht. Er gebraucht das Bild von JASPERS, der den diagnostischen Vorrang der Symptome in der Gruppenfolge so beschreibt: " Die Symptome liegen eben übereinander, an der Oberfläche die neurotischen, dann die manisch-depressiven, dann die Prozeßsymptome des Schizophrenen und zuunterst die organischen, psychischen und körperlichen Symptome". Das jeweils unterste Symptom relativiert die vorhergehenden für die Diagnose und Prognose.

Für WEITBRECHT liegt ein Teil der Sonderstellung in den Erblichkeitsverhältnissen, wie einige Untersuchungen belegen. Stellvertretend für andere Autoren sei KIELHOLZ genannt. M.BLEULER wertet diese Ergebnisse als Beweis für die Zugehörigkeit zur Schizophrenie.

Die bisher genannten Autoren verweisen immer wieder auf die Vielgestalt der Psychosen der zweiten Lebenshälfte, die Mischung von Symptomen aus verschiedenen Formenkreisen, die Unmöglichkeit oder doch große Schwierigkeit bei ihrer Einordnung nach ausschließlich symptomatologischen verlaufstypologischen oder erblichen Kriterien.

So drängt sich die Frage auf, ob die mehrdimensionale Diagnostik KRETSCHMERS größere Aufschlüsse über die Rückbildungspsychosen gibt als die bisherigen Forschungsansätze.

Er selbst sagt schon 1919 dazu: " Am meisten Nutzen werden davon diejenigen Gruppen haben, denen die bisherige Diagnostik am wenigsten gerecht zu werden vermochte: die Rückbildungs- und Alterspsychosen."

Im angelsächsischen Schrifttum fordert HALLMANN eine "multifaktorielle Ätiologie" aus erbbiologischer Sicht aus der Einsicht, daß ein bestimmtes Aufeinandertreffen verschiedener ätiologischer Faktoren nötig ist, die Psychose hervorzubringen. Daneben sei die Fähigkeit nötig, bis in die höheren Lebensjahre zu überleben, z.B. trotz der vorhandenen erbbiologischen Belastungen.

KLAGES weist für die Spätschizophrenie, BRONISCH (1962) für alle Psychosen des älteren Menschen nach, daß je später die Psychose auftritt umso mehr Einzelfaktoren am Geschehen beteiligt sind. Das gewinnt seine ausschlaggebende Bedeutung in Bezug auf die Prognose.

Die diagnostische Einordnung nehmen beide Autoren nach dem führenden Symptom im Sinne der Schichtentheorie JASPERS vor. KOLLE, JANZARIK (1957), SJÖGREN und M.BLEULER stellen durch den Nachweis einer relativ gutartigen paranoiden Verlaufsform der Spätschizophrenie bei Patienten mit pyknischem Körperbau eine Verbindung zur konstitutionsbiologischen Anschauung KRETSCHMERS her.

Über KRETSCHMER hinaus sieht MAUZ eine Entwicklung in den einzelnen Körperbaustufen, beginnend bei der "Primitiv-amorphen" bis zur voll ausgereiften hochdifferenzierten Form einer Konstitution. Bei pyknischem Körperbau wird die Prognose umso günstiger je höher der Durchdifferenzierungsgrad dieser Konstitution ist.

Prognostische Untersuchungen über die Spätschizophrenie gibt es nur wenige. Übereinstimmend nehmen KRAEPELIN, WEITBRECHT und JANZARIK (1957) an, daß mit späterem Auftreten auch eine ungünstigere Prognose verbunden ist. Die Untersuchungen mit prognostischem Ansatz sind

aufgrund der Benutzung unterschiedlicher Einteilungskriterien, der unterschiedlichen Gewichtung eines Defektes und der sich daraus ergebenden sozialen Konsequenz nur schwer vergleichbar.

JANZARIK (1957) sieht bei der paranoiden Form der spät-schizophrenen Bilder keine dynamische Insuffizienz.

W.SCHEID benutzte neben dem Kriterium der typologischen Ordnung zur prognostischen Beurteilung den "Zeiger der Schuld": Je mehr in einer Psychose der Rückbildungsjahre ein Fremdverschulden mit zunehmender wahnhafter Komponente Bedeutung gewinnt, desto schlechter die Prognose.

M.BLEULER sieht nur wenige schwere Zerfallsformen bei Spätschizophrenien, und auch KLAGES stellt eine über-raschend günstige Prognose fest, die unter Umständen durch die landsmannschaftliche Herkunft seiner Patienten verfälscht wird, deren Persönlichkeiten präpsychotisch oft zylothyme Einsprengungen aufweisen.

Ch.MÜLLER (1967) formuliert seine Ansicht über die Prognose bei Spätschizophrenie so, daß "keine Minderung des Verlaufs" zu finden sei.

Das angelsächsische Schrifttum (ROTH, KAY, DAVIDOW) bestätigt diese Befunde und weist auf den besonderen Einfluß sozialer und persönlichkeitsbedingter Gegebenheiten für die Prognose hin. ROTHSCILD erwähnt daneben noch die oft relativ gut erhaltene Persönlichkeit bei den Kranken mit paranoiden Bildern.

Dagegen geben SCHINDLER bei paranoiden Alterspsychosen, ROTH bei der sogenannten "Spätparaphrenie" an, daß die meisten der Patienten in Anstalten bleiben müssen. Nicht ausreichend berücksichtigt ist dabei wohl der vor der Hospitalisierung liegende Verlauf.

Mit der zunehmenden Bedeutung der Sozialpsychiatrie und dem allgemeinen Interesse an Randgruppenschicksalen erwecken die Psychosen der zweiten Lebenshälfte in neuerer Zeit verstärktes Interesse. Durch Aufwertung soziologischer Gesichtspunkte und Untersuchungen an Alleinstehenden und alten Menschen, Untersuchungen über Sozialkontakte bestimmter Bevölkerungsgruppen und in allerneuester Zeit durch Feldstudien und statistische Untersuchungen rücken sie mehr in den Blickpunkt. Öffentlichkeit und Politik nehmen sich vermehrt der Probleme alternder Menschen in ähnlicher Weise an wie die der psychisch Kranken (GERFELDT).

In neuerer Zeit zeigen einige Arbeiten (HAASE 1963, F.R.GROß, R.WALTER, JANZARIK 1973) die Wichtigkeit der Faktoren des sozialen Umfeldes für die ganzheitliche Beurteilung der Psychosen der zweiten Lebenshälfte. M. BLEULER, Chr. MÜLLER (1971), BERNER und Mitarbeiter haben bisher langfristige Katamnesen erhoben, die den Einfluß sozialer Faktoren auf Gestalt und Verlauf spätschizophrener Psychosen verdeutlichen. Erste Ansätze weisen die großen, gerade begonnenen Untersuchungen der Arbeitsgemeinschaft für Geronto-Psychiatrie auf. Während M. BLEULER 1943 und andere Psychiater große Hoffnungen darauf setzten, daß über die Erforschung besonders der spätschizophrenen Erkrankungen Erkenntnisse über die biologischen Ursachen seelischen Krankseins gewonnen werden könnten, zielen alle neueren Untersuchungen eher auf die Erforschung sozialer Bedingtheiten und therapeutischer Ansätze.

II Das Kontaktmangelparanoid, ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom im höheren Lebensalter.

Aus den psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters wird die vorliegende Arbeit das "Kontaktmangelparanoid" (JANZARIK 1971, 1973) herausgreifen und diese Erkrankung speziell unter sozialen und psychopathologischen Gesichtspunkten untersuchen.

In den Blickwinkel des Psychiaters geraten diese Bilder so selten, daß ihre Häufigkeit unterschätzt wird. JANZARIK wurde bei seiner Tätigkeit in der psychiatrischen Beratungsstelle eines Gesundheitsamtes auf sie aufmerksam. Sie könnten nur einem auch klinisch diagnostisch tätigen Psychiater auffallen, da für den im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Arzt in der Regel die Einengung auf die jeweilige Fragestellung so stark ist, daß eine vorhergehende diagnostische Einordnung der zu Untersuchenden in der Regel allenfalls nach ganz übergeordneten Gesichtspunkten möglich ist. Neben dem Mangel an ärztlichem Personal erklärt dies das Fehlen von Arbeiten aus diesem Bereich.

Das Kontaktmangelparanoid wird in der vorliegenden Arbeit gemäß der Auffassung JANZARIKS als Typ schizophrener Krankseins verstanden, der außerhalb der Kerngruppe zu den chronischen Verläufen später schizophrener Erkrankungen gehört. Zu den notwendigen Bedingungen für das Vorliegen chronischer Psychosen gehören gemäß der strukturdynamischen Sicht JANZARIKS entweder persistierende Strukturverformungen oder Defizienzverfassungen der seelischen Dynamik.

Hier handelt es sich um Patienten mit dem Bild einer chronischen paranoid-halluzinatorischen Psychose, bei sonst geordneter Persönlichkeit.

Sie müssen den Spätschizophrenien zugerechnet werden, da die Erkrankung nach dem 60. Lebensjahr erfolgt.

Die Patienten leiden an einem Beeinträchtigungswahn, der an die Wohngrenzen gebunden ist, auch dann, wenn später die Leibgrenzen ergriffen werden oder einmal andere Themen nebenher auftauchen. Ausgangspunkt der Beeinträchtigung sind immer bestimmte Personen, Nachbarn oder Verwandte, die selbst dann als Verursacher der Beeinträchtigung festgehalten werden, wenn räumliche Trennung erfolgt. Immer erscheint im Wahn als Grund für die Nachstellung der Wunsch des Verfolgers, die Wohnung an sich zu bringen. Dazu werden die Fenster und Türen erbrochen, Unordnung in der Wohnung gemacht, Geschirr angeschlagen oder zerbrochen, Kleider zerrissen und ausgetauscht und Dinge gestohlen. Dann werden Gase und giftige Stoffe eingespritzt. Haben die Eindringlinge immer noch nichts erreicht, versuchen sie mit Lärm, besonders nachts, das Leben der Patienten unerträglich zu machen. Dabei spielen Geräusche eine größere Rolle als Stimmen, obwohl Gedankenausbreiten, Gedankenlautwerden und Abgehörtwerden fast immer vorkommen. Schließlich versucht man mit körperlichen Belästigungen, durch Strahlen und Strom sowie direktes Einwirken in Form von Schlägen oder gar von Vergewaltigungen den Patienten aus der Wohnung zu treiben.

Neben olfaktorischen, akustischen und taktilen Sinnes-täuschungen kommen auch solche des Oralsinnes und visuelle Sinnestäuschungen vor. Am Falle einer Patientin soll ein Beispiel für die Symptomatologie gegeben werden.

Es handelt sich um eine bei der ersten Untersuchung 88 Jahre alte Patientin (Maria G., Pat. 7), bei der sich folgender Verlauf aus den Akten ablesen läßt.

1963 erscheint sie bei der Polizei, um sich über Geräusche in ihrer Wohnung zu beschweren, die sie in einen Zusammenhang mit ihrem Vermieter bringt.

Sie würde dadurch gesundheitlichen Schaden davontragen. Schließlich entschließt sie sich zum Wohnungswechsel. Anfänglich glaubt man, sie könne durchaus selbst einen Wohnungstausch in die Wege leiten, aber enttäuscht durch die lange ergebnislose Suche, kommt sie hilfesuchend ins Gesundheitsamt. In der neuen Wohnung setzen dann bald die Verfolgungen durch ihren früheren Vermieter wieder ein. 1966 weitet sich ihr Wahn dahin aus, daß neben den Belästigungen durch Gerüche und Giftgase jetzt auch solche sexueller Art treten. Immer wieder erscheint sie mit Beschwerden bei ihrer Wohnungsbaugesellschaft.

Im gleichen Jahr fühlt sie sich auch durch Strahlen belästigt und läßt einen Elektriker die Wohnung auf Stromstöße und Strahlungen untersuchen. Immer wieder wird in den Berichten ihr guter gesundheitlicher und geistiger Zustand auch von anderen Ämtern hervorgehoben.

1968 fühlt sich Frau G. beobachtet und bespitzelt. Sie beschwert sich über Lärm im Hause und stopft sich deshalb Watte in die Ohren. Sie fürchtet, daß die Hausbewohner ihren Strom verbrauchen. Gegen die Belästigung wehrt sie sich durch Klopfen und Stampfen auf den Fußboden, besonders des Nachts, da dann die Belästigungen am stärksten seien.

Im Juli 1968 entdeckt sie einen Störsender im Schornstein und fühlt sich durch den Lärm von Hubschraubern, die über dem Hause kreisen, belästigt.

1969 werden die Beeinträchtigungen so stark, daß man von ihr erfährt: " Die haben mich beinahe umgebracht, ich dachte ich würde gelähmt, immer an den Füßen das brennende Zeug."

Gemeint ist damit der von den Verfolgern absichtlich erwärmte Fußboden.

Frau G. berichtet dann, daß die Belästigungen begonnen hätten, als ihr Pflegesohn, der bis dahin in ihrem Haushalt lebte und wenigstens jedes Wochenende zu Hause war, heiratete. Ihre damalige Wohnung sei ihr streitig gemacht worden, da der Hausbesitzer die Räume selbst verwenden wollte. Er habe Gift vor ihre Wohnung gestreut, dessen Dämpfe durch die Fensterritzen in die Wohnung gezogen seien. Sie sei dann von selbst in eine andere Wohnung gezogen, die ihr durch den Vermieter auf ihren Wunsch vermittelt worden sei. Bald darauf hätten sich dieselben Beeinträchtigungen eingestellt, hinter denen der frühere Vermieter gesteckt habe. Dieser habe dann später noch eine Nachbarin mit eingeschaltet. Jetzt habe sie schon das fünfte Mal die Wohnung gewechselt und werde von einer Gruppe von Herren verfolgt, von denen sie nichts wisse, außer daß sie im Besitz einer gelben Karte (Die Berechtigung, eine Wohnung zu erhalten, um die sie sich gerade beworben hat) seien und ihr diese vorenthielten. Sie werde durch Geräte am ganzen Körper beschossen, die ein Brennen verursachen würden. Durch einen Sender könne man ihre Gedanken lesen, und nachts würden Gase in ihre Wohnung geleitet. Sie verbringe die Nächte auf dem letzten sicheren Platz, der ihr geblieben sei, einem Sessel, den sie in dem gekachelten Bad aufgestellt habe, denn durch die Kacheln würden die Strahlen nicht hindurchgehen. Sie könne sich auch manchmal dadurch wehren, daß sie fest auf den Boden klopfe, und dann würde das Einleiten von Gasen nachlassen. Immer, wenn sie auf der Straße einen Mann aus dieser Gruppe erkenne und ihn fragen wolle, warum er das tue, verschwinde dieser spurlos.

Bei der zweiten Untersuchung ist die Patientin inzwischen ein sechstes Mal in die schlichte Wohnung einer "asozialen" Siedlung umgezogen.

Sie beschwert sich bitter über die Nachbarschaft, die ihr einen sexuell ausschweifenden Lebenswandel vorwerfe, obwohl "man doch selbst nicht besser gewesen sei".

Kurioserweise lernt sie dort eine andere Pat. Rosa D. (Pat. 10) kennen, die sie bedauert, da sie nicht richtig im Kopfe sei, denn solche Belästigungen, wie Frau D. sie erlebe, die gäbe es doch in Wirklichkeit nicht. Sie ist eine typische lebhaft Pyknika. Für ihre geistige Rüstigkeit ist bezeichnend, daß sie bei der ersten Untersuchung den Untersucher daran erinnern muß, daß er eine zur Prüfung der Merkfähigkeit vorgesagte Wortfolge bei Abschluß der Untersuchung noch nicht abgefragt habe.

- III. Die Untersuchung somatischer, sozialer und psychopathologischer Aspekte an einem ausgewähltem Krankengut.

III. 1. Darstellung der Aufgabe und Vorgehensweise.

Die Untersuchung wurde am Gesundheitsamt der Großstadt Wiesbaden durchgeführt. Zum damaligen Zeitpunkt arbeitete an der psychiatrischen Untersuchungs- und Beratungsstelle eine Sozialarbeiterin. An zwei halben Tagen wurde die ärztliche Untersuchung und Beratung damals von habilitierten Nervenärzten der benachbarten Universität durchgeführt. Plötzlich auftretende Fragen und Probleme (im wesentlichen Beurteilung nach dem Unterbringungsgesetz) mußten vom amtsärztlichen Dienst gelöst werden, soweit die sehr erfahrene Sozialarbeiterin nicht eine Überbrückungsmöglichkeit fand. Andere Ämter (Familienfürsorge, Jugendamt, Polizei usw.) geben dem Gesundheitsamt in Fragen, die seinen Aufgabenbereich betreffen könnten, Kenntnis oder bitten direkt um Stellungnahme. Außerdem werden von Bürgern Fragen an das Amt gestellt, in der Regel Hinweise auf Gesundheitsstörungen von Nachbarn.

Gerade bezüglich der untersuchten Patienten kommt es vor, daß sie sich auch direkt an das Amt wenden, um gifthaltige Dinge untersuchen zu lassen oder Hilfe gegen gesundheitsschädliche Belästigungen zu erbitten.

Alle Akten der psychiatrischen Untersuchungs- und Beratungsstelle wurden durchgesehen und alle Schizophrenien ausgesondert. Ausgewählt wurden nur solche Patienten, die in den Akten die vom Nervenarzt gestellte Diagnose Schizophrenie, deren Untergruppen (Hebephrenie, Katatonie usw.) oder Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bekommen hatten.

Das ergab in den Jahren 1957 bis 1969 die Zahlen von 787 Patienten.

82 Akten enthielten Hinweise, die den Verdacht auf ein Kontaktmangelparanoid rechtfertigten.

Auswahlkriterien dafür waren: Die Patienten durften erst nach dem 60. Lebensjahr erkrankt sein, sie mußten an einem paranoid-halluzinatorischen Krankheitsbild leiden, und außerdem mußte von zwei verschiedenen Untersuchern in den Akten auf die geistige Rüstigkeit hingewiesen worden sein.

Endgültig konnten so 31 Patienten ausgewählt werden, von denen durch Tod, Ortswechsel oder andere Gründe 11 wegfielen.

Ursprünglich bestand die Absicht, eine Katamnesenserie mit mehreren Untersuchungen in regelmäßigen Abständen zu erstellen. Wie die zweite Untersuchung nach 2 Jahren bereits zeigte, hätte infolge des hohen Alters der Tod die Zahl zu stark verringert. Außerdem wechselten die Patienten oft die Wohnung, so daß sie schon nach 2 Jahren nur schwer aufzuspüren waren. Selbst Nachforschungen beim Einwohnermeldemat blieben erfolglos, da die Pat. vermutlich aus Unwissenheit oder, um wahnhafter Verfolgungen zu entgehen, die Ummeldung unterließen. Deshalb wurde die Vorgehensweise geändert.

Die 1. Untersuchung fand um den Jahreswechsel 1968/69 statt. Alle Patienten wurden um den Jahreswechsel 1970/1971 zum zweiten Mal untersucht. Einige Patienten wurden mehrfach bis zum Ende des Jahres 1971 gesehen. Die 3. Untersuchung zum Jahreswechsel 1972/73 wurde erfolglos abgebrochen.

Die Untersuchungen erfolgten unter psychopathologischen Gesichtspunkten, und es wurde eine Zahl von 15 Fragen zur sozialen Situation gestellt oder aus eigener Anschauung beantwortet. Darüberhinaus wurden einige körperliche Befunde erhoben.

III. 2. Ergebnisse der Untersuchung aus somatischer, sozialer und psychopathologischer Sicht.

a) Somatische Befunde.

Die Altersverteilung der in die Untersuchung aufgenommenen Patienten ist in der Tabelle 1 dargestellt.

Es konnten insgesamt nur 2 männliche Patienten gefunden werden, von denen einer kurz vor der zweiten Untersuchung starb und deshalb nicht in die Untersuchung aufgenommen werden konnte. Auf diese einseitige Geschlechtsverteilung wird später noch eingegangen.

Tabelle 1

Altersstruktur

Der Altersgruppe zugehörige Zahl von Pat.

Lebensjahre bei erster bei Manifestation
Untersuchung der Erkrankung

60 - 65	- -	7
66 - 70	2	5
71 - 75	6	5
76 - 80	6	1
81 - 85	2	2
86 u. mehr	4	-

Aus der Gesamtzahl der Patienten lassen sich nach der Art ihrer Vereinsamung zwei Gruppen bilden: Patienten, die chronisch einsam sind oder deren Vereinsamung sich langsam entwickelte, und Pat., die durch ein plötzliches Ereignis vereinsamten, durch eine lebensgeschichtliche Zäsur.

Diese Einteilung bietet sich deshalb an, da auch andere Befunde damit in Beziehung stehen. So finden sich bei den chronisch Vereinsamten häufiger prae-morbide Persönlichkeitszüge, die mit eigenbrödlisch, ungesellig, verschlossen, wenig kontaktfreudig und anspruchsvoll von den Patienten selbst beschrieben werden. Dem entspricht auch die Einordnung in Körperbautypen zu mehr leptosomer, dysplastischer oder im Sinne von MAUZ um geringere Reifungsstufen pyknischer Konstitution. Im anderen Falle finden sich mehr syntone geschlossene Persönlichkeiten mit entsprechenden Konstitutionsmerkmalen. Ihre Grundpersönlichkeit beschreiben diese Patienten als eher gesellig, lebendig, immer gut aufgelegt, Mittelpunkt der Familie und einer Gesellschaft, aktiv, aufgeschlossen, munter und beweglich. Entsprechend finden sich häufig eine pyknische Konstitution oder hohe Differenzierungsgrade anderer Konstitutionen.

Nicht unerwähnt darf bleiben, daß die geringe Anzahl der untersuchten Patienten den Aussagewert der Aufstellung mindert. Sonst geht daraus hervor, daß nur eine Patientin, die leptosomen Körperbau und schizoide Züge der Persönlichkeit aufwies, nach lebensgeschichtlicher Zäsur erkrankte.

Bevor soziale und psychopathologische Ergebnisse referiert werden, soll auf den Einfluß des organischen Altersabbaus auf die Erkrankung hingewiesen werden. Es soll nicht die gesamte Problematik aufgerollt werden. Hier sei auf berufenere Untersuchungen verwiesen: z.B. auf die Arbeiten von BRONISCH (1962,68), KLAGES, SCHIMMELPENNING und auf die geschichtliche Einleitung mit Angaben über die Untersuchungen von KLEIST, WEITBRECHT und KOLLE.

Eine genaue Definition des Alterns in medizinischer, soziologischer und psychologischer Sicht wirft große Schwierigkeiten auf und ist nicht Aufgabe der Untersuchung. Einige spezielle Probleme sollen aber angesprochen werden. Immer mehr setzt sich die Anschauung durch, und die Belege dafür häufen sich, daß das Altern nicht einfach in einer quantitativen Abnahme der somatischen und geistig-seelischen Fähigkeit besteht, sondern daß qualitative Wandlungen eine größere Bedeutung haben (ÖSTERREICH, CH. MÜLLER, 1967).

Wesentlich sind wohl qualitative Umstrukturierungen der intellektuellen und affektiven Fähigkeiten, mit denen auch quantitative Änderungen immer verbunden sind.

Obwohl auch im Somatischen die Verhältnisse komplizierter sind, läßt sich hier vereinfachend doch von einer Alterung im Sinne der Rückbildung der Organe

in Morphologie und Funktion sprechen.

Ein Hinweis für die eigentlich schwierigen Verhältnisse ist schon, daß es Menschen gibt, die bis ins hohe Alter geistig und körperlich rüstiger sind als der Durchschnitt, wie die untersuchten Patienten.

Versucht man meßbare Größen zu fassen, trifft man schon methodisch auf erhebliche Schwierigkeiten (BROMLEY). Bei der Untersuchung traten dabei mehrere Probleme auf. Einfach zu beurteilen war die körperliche Rüstigkeit, konnten doch alle Patienten in Tätigkeit gesehen werden. Als Beispiel sei eine Patientin genannt, die sich vielmals entschuldigte, als der Untersucher außer Atem vom Treppensteigen im sechsten Stock eines alten Hauses vor der Türe stand. Es täte ihr leid, daß sie so hoch wohne. Später berichtet sie, daß sie diesen Weg zweimal täglich bewältige, ohne beim Treppensteigen eine Pause machen zu müssen. Bei einem späteren Besuch bewies sie das auch.

Schwieriger erwies sich die Beurteilung der geistigen Funktionen. Am einfachsten wäre die Durchführung einer testpsychologischen Untersuchung gewesen. Aber selbst ein auf die für den Abbauquotienten benötigten Untertests reduzierter HAMBURG-WECHSLER-Intelligenztest konnte nicht durchgeführt werden. Das Mißtrauen gegenüber solcher Untersuchung war so groß, daß selbst bei sonst gutem und tragfähig erscheinendem Kontakt nach mehreren Besuchen das Mißtrauen überwog und wahnhaftige Einwendungen gemacht wurden, ohne daß der Untersucher gleich in den Wahn einbezogen wurde.

Schließlich mußte genügen, daß schon in den Akten mindestens zwei Untersucher unabhängig voneinander

auf die geistige Rüstigkeit der Patienten hingewiesen haben mußten, ehe die Patienten in die Untersuchung einbezogen wurden. Dies Kriterium erscheint viel treffsicherer als der erste Anschein ausweist. Alle unsere Diagnostik und im besonderen Maße die des Amtsarztes ist noch darauf abgestellt, Defekte und Funktionsstörungen festzustellen. Wenn nun ein positives eigentlich nicht im Untersuchungsauftrag erfragtes Merkmal erstmals erwähnt oder einem früheren Untersucher bestätigt wird, muß es sehr auffällig und ins Auge springend sein.

Das eigene Urteil einbeziehend fand sich oft trotz eines langen Zeitraums vom Beginn der Erkrankung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung durchschnittlich 8,15 Jahre- kein wesentlicher Verlust der geistigen Rüstigkeit (Tabelle 2).

Tabelle 2

Dauer der Erkrankung bei 1. Untersuchung

Dauer in Jahren	Zahl	Nr. der Pat.
1 - 2	5	1,3,4,6,9,
7 - 8	5	7,15,17,19,20,
10 - 12	7	2, 5,10,12, 13,16,18,
13	2	8,11,
15	1	14

Gut wäre es gewesen, wenn man wie SCHIMMELPENNING für einen großen Teil seiner Patienten objektive Befunde hätte beiziehen können. Für die körperliche Symptomatik eines Altersabbaus gibt es sonst nur wenige Kriterien. Der Nachweis einer Gefäßsklerose und ihrer Symptome am Gehirn wäre Hinweis solch eines Abbaus. So wurde in Anlehnung an SCHIMMELPENNING der Ausschluß einer wesentlichen sklerotischen Störung versucht und in Anlehnung an ihn folgende Kriterien entwickelt, die auch von allen Patienten erhoben werden konnten (Tabelle 3).

- 1.) Angaben über Nachlassen der Vitalität (Spannkraft, Unternehmenslust) und Auftreten von Affektlabilität und Merkschwäche.
- 2.) Die subjektiven Klagen über Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindel, Ohrensausen und Schlafstörungen.
- 3.) Objektive Befunde: Der Tastbefund der Gefäßrohre, der A. temporalis und radialis, und der Blutdruck.
- 4.) Angaben der Patienten über Gründe für allgemeine ärztliche Behandlungen.

Andere Untersuchungen ließen sich leider wegen des Widerstandes der Patienten nicht durchführen. Es zeigte sich, daß allenfalls geringe Klagen bezüglich Punkt 1 bestanden. Eine Patientin klagte über schon immer bestehenden sporadischen Kopfschmerz, der früher an die Menstruation gekoppelt gewesen sei.

Tabelle 3

Angaben	Über Nachlassen der Vitalität	
	Nachlassen der Leistung u. Unternehmenslust	2 Pat.
	Nachlassen der Merkfähigkeit -----	5 Pat.
Klagen	Über körperliche Beschwerden	
	Sporadischer Kopfschmerz-----	1 Pat.
Objektive Befunde		
	Der Blutdruck lag immer um oder unter	
	der altersgemäßen Norm	
	Die Arterienrohre waren nicht tastbar	
	verhärtet-----	kein Pat.
Angaben	Über Gründe für allgemeine ärztliche	
	Behandlungen	
	keine Dauerbehandlung-----	kein Pat.

Bei diesen Ergebnissen kann man wohl davon ausgehen, daß weniger als altersentsprechende Hinweise für eine allgemeine Gefäßsklerose bei den untersuchten Patienten bestanden und das als Hinweis auf einen fehlenden Altersabbau werten.

Man muß sich darüber klar sein, daß diese Befunde im letzten nicht so überzeugend sind. Aber auch die Literatur zeigt die grundsätzliche Schwierigkeit, einen organischen Hirnabbau überhaupt zu objektivieren.

III 2.b) Soziale Befunde

An sozialen Faktoren wurden Ausbildung, Einkünfte, Besuchskontakte, Wohngegend und Häufigkeit des Wohnungswechsels untersucht.

Bei der Ausbildung wurde geschieden in gehobener Beruf, Lehrberuf, Anlernberuf oder kein Beruf. Dabei zeigt sich eine relativ breite Streuung, die im wesentlichen der Allgemeinbevölkerungsstruktur entsprechen dürfte.

Tabelle 4
Ausbildung

Gehobener Beruf	2 Pat.
-----------------	--------

Lehrberuf	7 Pat.
-----------	--------

Anlern oder kein Beruf	9 Pat.
------------------------	--------

Auskunft verweigert	2 Pat.
---------------------	--------

Die Einkünfte wurden nur danach beurteilt, ob sie der Sozialrente entsprachen, darunter oder darüber lagen. Sieben Patienten hatten höhere Einkünfte und konnten als ausreichend bis gut eingestuft werden. Die Gruppe der chronisch Vereinsamen lag eher im Bereich der Sozialrente. Bei den akut Vereinsamen ist das Bild gemischt, da diese Frauen häufiger zuvor verheiratet waren.

Tabelle 5

Einkünfte gesamt	akut	davon aus der Gruppe der chron. Vereinsamten
Sozialrente oder weniger 13	4	9
mehr als Sozialrente 7	5	2

Besuchskontakte sind in der Gruppe der akut Vereinsamten erstaunlich hoch gegen die Gruppe der chronisch Vereinsamten.

Tabelle 6

Besuchskontakte	
mindestens 14tägige Besuche	weniger
akut vereinsamt 6 (5x Verwandtenbesuche)	5
chron. vereinsamt 1	9

Die Wohnung entspricht ganz der finanziellen Ausstattung der Patienten. Ein Wohnungswechsel fand bei dem hohen Alter der Patienten erstaunlich oft statt. Sieben Pat.wechselten die Wohnung, davon 6 mehr als einmal.

Tabelle 7

Wohnmilieu

"Kleine Leute" Milieu	8 Pat.
-----------------------	--------

bürgerlich	8 Pat.
------------	--------

komfortable Wohnung	4 Pat.
---------------------	--------

Bei den vielen Hausbesuchen, auch bei Patienten, die nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden, fiel die Gleichartigkeit der Wohngegend auf.

Wiesbaden ist als Kurstadt im Kern ausgestattet mit den für die Gegend typischen, mehrstöckigen Bürgerhäusern, die dahinter oft sogar zwei Hinterhäuser (entsprechend den Gartenhäusern Berlins) finden lassen. Die Patienten, die als "gut bürgerlich" oder "finanziell gut gestellt" klassifiziert wurden, wohnten in der Regel in den respektablen Vorderhäusern.

Mit sinkender sozialer Ausstattung mußte der Untersucher einerseits Hinterhaus um Hinterhaus weitergehen, andererseits auch Stockwerk um Stockwerk höher steigen.

So kann man sagen, daß Patienten, die finanziell sehr schlecht gestellt sind, im hintersten Hinterhaus im obersten Stockwerk wohnen. Mit der Häufigkeit des Wohnungswechsels fand ein entsprechender Abstieg ohne finanzielle Schlechterstellung statt.

Noch etwas anderes war dabei auffällig. Beim Aufstellen der Besuchspläne, beim Festlegen der Reihenfolge der Besuche und des Weges zeigte sich, daß der überwiegende Teil aller 82 zuerst ausgewählten Patienten im Stadtkern wohnte, gerade da, wo sich der beschriebene Haustyp noch findet.

Das hat sicher verschiedene Gründe: Die allgemein bekannte Überalterung der Innenstädte, die oft schlechten Wohnbedingungen, die häufiger sozial unterprivilegierte Menschen finden lassen, die Beharrungstendenz alter Menschen in ihrer gewohnten Umgebung und andere Gründe mehr (CH. MÜLLER, 1967, GERFELDT). Von einiger Bedeutung ist sicher auch die relative Geborgenheit, die die von Kindheit gewohnte vertraute Umgebung bietet. Denn nur in Ausnahmefällen verlassen die Patienten diesen Lebensraum unter dem Druck der Verfolgung, selbst wenn sie mehrfach umziehen.

Diese Sozialdaten konnten von allen Patienten gleich gut erhoben werden. Andere Angaben, die nicht von allen Patienten zugleich zu erfahren waren, entsprechen gut den ausgewählten Daten. Das trifft zum Beispiel für die Höhe der Miete, die Einkaufsgewohnheiten, den Lebensstandard und anderes mehr zu.

Ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom mit chronischem Verlauf wurde bereits bei der Definierung des untersuchten Krankheitsbildes beschrieben. Die psychopathologische Ausgestaltung des Syndroms entspricht im wesentlichen dem Bilde einer Spätschizophrenie. Aber bei der Bedeutung einzelner Symptome und in der Reihenfolge ihres Auftretens lassen sich Unterschiede und Besonderheiten feststellen.

Die Wahnhinhalte folgen, wie KRANZ zeigen konnte, den "Errungenschaften" der Zeit. KLAGES bezeichnete das mit "Stilwandel" des psychopathologischen Bildes. Dabei zeigt sich ein gewisses Nachhinken der Patienten, das wohl ihrem Alter, ihrem Wissen und ihrer Bildung entspricht.

Daneben gibt es nach KLAGES noch einen Wandel der Wahnthemen über die Lebensphasen des Menschen hinweg. So weisen die Wahnbildungen mit zunehmendem Lebensalter - einen Ausdruck KLAGES gebrauchend - eher "erdgebundene" Themen auf, sozusagen eher handfeste wahnhaftige Beeinträchtigungen kommen vor: Das Einspritzen von Chlorkalk, das Beschädigen von Einrichtungsgegenständen. Bei jungen Patienten dagegen fand KLAGES eher "magisch kosmische", sehr dynamische Ausgestaltungen des Wahnes. In den Spätschizophrenien sieht er quasi ein Bindeglied zwischen den genannten Wahnhinhalten und den Wahnthemen senil-dementer Patienten, die sich um Alltagsdinge drehen. Auffallend erscheint KLAGES auch das Einfließen von Gegebenheiten der Lebenssituation in den Wahn. Auch M.BLEULER,

BRONISCH (1962) und JANZARIK (1965) weisen auf die größere Ableitbarkeit und Verstehbarkeit aus der Situation des Pat. hin, die sich im Verlaufe langen schizophrenen Krankseins genauso einstellt, wie sie bei späterem Auftreten primär vorhanden ist.

Wenn von der Ableitbarkeit und der Verstehbarkeit der Wahninhalte gesprochen wurde, so darf auch ein Bild KRETSCHMERs nicht unerwähnt bleiben. Er spricht von einer relevanten Anlaßsituation, die im krankhaften Erleben skrupellos übersteigert wird.

KLAGES legt die Ansicht von MAYER-GROß zugrunde, daß die vordergründigen reaktiven Momente nur ein Faktor des Gesamtbildes sind, und kommt zu dem Schluß, daß sich dieser Stilwandel mit der Entwicklung zu größerer Ich-Nähe der paranoiden Inhalte erklären läßt. Dem entsprechen JANZARIKs Beobachtungen, daß z.B. die Personenverkennungen im Laufe von chronischen Schizophrenien immer mehr "im Wiedererkennen von Verwandten, Bekannten und Personen des öffentlichen Lebens innerhalb des Krankenhauses bestehen".

Wie M. BLEULER für die Spätschizophrenien schon vermutete und P. BERNER und Mitarbeiter statistisch zeigen konnten, sind strukturierte Wahnformen in der Überzahl, für die untersuchten Patienten die einzige Form des Wahnes, selbst bei erst zweijährigen Verläufen zur Zeit der ersten Untersuchung.

Die Entwicklung des Wahnes ist sehr gleichförmig und entspricht auch den Erwartungen für paranoid-halluzinatorische Bilder.

Über eine oft nur kurz bestehende Wahnstimmung mit Anmutungserlebnissen, die zu Fehldeutungen harmloser Beobachtungen bei nahestehenden Personen oder unmittelbaren Nachbarn oder zu Eigenbezug von Bemerkungen dieser Personen führt, entwickelt sich ein in der Wahnthematik stabiler, in der Persönlichkeit fast isoliert stehender systematisierter Wahn. Er wird in dem langen Verlauf immer mehr aus Halluzinationen gespeist, verliert bei Nachfragen aber immer die Wahngewißheit, wie wir sie bei den langen paranoid-halluzinatorischen Verläufen früherer Lebensjahre häufiger treffen.

Die Patienten versuchen dann immer wieder aus ihren Beobachtungen, den tatsächlichen Bemerkungen der Verwandten und Nachbarn, dem Untersucher die Richtigkeit ihrer Überzeugung zu beweisen. Niemals werden Beispiele der Vergangenheit sondern nur aus der Gegenwart gewählt. Bei der Betrachtung spätpsychotischer Wahnbilder läßt sich feststellen, daß die Themen immer einförmiger werden, daß sich nur noch wenige "thematische Grundfiguren" (GLATZEL) finden. Dabei treten die Bedrohung des engsten Lebensraumes, der Wohnung, sexuelle Themen und in einem Falle religiöse Inhalte in den Vordergrund.

Beeinflußungserlebnisse lassen sich entsprechend der paranoiden Grundhaltung des Beeinträchtigten in allen Fällen nachweisen. Sie reichen von Eingriffen in die Verfügungsgewalt der Gedanken und in die Intimsphäre über durch Fernwirkung hervorgerufene Mißempfindungen (durch Strahlen, Schall usw.) bis zu direkten Eingriffen am Körper(leib-halluzinatorische Erlebnisse).

Bei der Aufzählung der angeführten Beeinflussungserlebnisse wurde die Reihenfolge bewußt gewählt, da sie sich so auch in der Entwicklung der psychotischen Erlebensweise bei den einzelnen Kranken fast immer nachweisen ließ.

Daß sich selten Erlebnisse wie Gedankenabreißen, -drängen, -abziehen finden, erstaunt nicht, angesichts der unbestrittenen Erfahrung daß mit dem Alter von außen gemachte Phänomene häufiger sind.

Wenn man von der allgemeinen Erfahrung über die Häufigkeit von Sinnestäuschungen verschiedener Sinnesgebiete für die Psychosen der zweiten Lebenshälfte ausgeht (JANZARIK 1968, KLAGES), findet sich bestätigt, daß akustische Phänomene an der ersten Stelle stehen. Nur in wenigen Fällen treten sie allein auf. Dabei zeigt sich eine Abhängigkeit von der Dauer der Erkrankung, wie schon bei der Besprechung der Beeinflussungserlebnisse zu erwarten war. Denn dort zeigt sich ja eine Entwicklung der Beeinflussungen des Denkens bis zu Einbrüchen in die Ich-Sphäre.

Diese Entwicklung geht nur in zwei Fällen (Pat. 4 und 8) relativ rasch, so daß schon ein und zwei Jahre nach Auftreten der Psychose bei der ersten Untersuchung beides gefunden werden kann. Sonst vergehen Jahre, bis auch Einbrüche in die Intimsphäre nachweisbar sind. Dann bieten sie aber (HAASE 1958, KLAGES) die übliche sexuelle Färbung, wie sie bei alten Jungfern mit schizophrener Erkrankung gefunden werden. Aber auch wenn die Patienten früher verheiratet waren, sieht das Bild wenig anders aus.

Allenfalls wirkt die Schilderung der erlebten sexuellen Beeinträchtigung realer.

An akustischen Sinnestäuschungen machen die Stimmen zwar den größten Anteil aus, haben aber von der Bedeutung für die Patienten nur untergeordneten Wert. An sie kann man sich gewöhnen, sich mit ihnen auseinandersetzen. So hat man den Eindruck, wie SCHIMMELPENNING bei seinem Fall Amalie G. beschreibt, daß eine ambivalente Einstellung zu den Stimmen besteht, die einerseits Teilphänomene der Beeinträchtigung sind, andererseits quasi Partner, Ersatz für Verlust anderer Gesellschafter.

Im Gegensatz dazu werden alle anderen akustischen Sinnestäuschungen wie Pfeifen, Rasseln, Lärmen, Tanzgeräusche, Stühleschieben usw. als unangenehm und lästig empfunden. Wie für Spätschizophrenien typisch treten sie meistens nachts auf.

Während optische Halluzinationen—wie bei anderen Schizophrenien auch— sehr selten sind, haben Halluzinationen der anderen Sinne oft führende Bedeutung und treten entsprechend häufig auf.

Die Reihenfolge, in der die Halluzinationen in Erscheinung treten, ist nun insofern auffällig, da häufig nicht akustische, sondern in Mehrzahl olfaktorische Sinnestäuschungen als erste Halluzination genannt werden

Inwieweit sich besonders taktile Sinnestäuschungen von Körpermißempfindungen abgrenzen lassen, sei dahingestellt. KLABES, der die Bedeutung der Körpermißempfindungen für spätschizophrene Bilder herausstellte, weist ja auch auf die Bereitschaft des Erkrankten hin, diese Störungen als von außen gemacht zu erklären.

Da sie bei den Patienten wieder mit der erlebten Beeinträchtigung zusammenfallen, soll das ohne Betracht bleiben.

Von den Patienten werden in der Regel zuerst Geruchsbelästigungen geschildert, dann Geschmacksbeeinträchtigungen, die auf Vergiftungsabsichten der Verfolger hindeuten. Im Verlaufe der Erkrankung stellen sich dann auch erlebte Einwirkungen auf den Körper ein: Strahlen lassen den Körper vibrieren, Peitschenhiebe werden verspürt, Berührungen der Geschlechtsteile kommen vor usw.

Daß solche Körpermißempfindungen- der weitgefaßte, diagnostisch nicht festgelegte Begriff soll weiter verwendet werden- in so großer Zahl bei fast allen Patienten gefunden wurden, erstaunt nach den Angaben von KLAGES nicht. Er fand in 36% seiner Spätschizophrenien solche Erscheinungen. RIEß dagegen konnte sie nur in 5% bei wahnhaften Beeinträchtigungs-ideen Schizophrener insgesamt finden. Sonstige Zahlen darüber liegen leider nicht vor.

III. 3. Die Bedeutung des Kontaktmangels im
Vergleich mit der Literatur in individueller
und epidemiologischer Sicht.

Wie wichtig eine intime Kenntnis des sozialen Feldes für eine ganzheitliche Erfassung psychischer Krankheiten ist, - das heißt der besondere Wert einer Untersuchung des Patienten im häuslichen Milieu- ist, seit sozialpsychiatrische Forschungen an Bedeutung gewonnen haben, oft gezeigt worden.

Natürlich kann man bei einer oder in größeren Abständen zweimal durchgeführten häuslichen Untersuchung keine umfassenden Aussagen über die Einflüsse aller Lebensbedingungen und inter-personalen Bezüge auf die Krankheit machen.

Die Lebensbedingungen lassen sich bei der Betrachtung des häuslichen Milieus noch am leichtesten beurteilen. Zu ihrer individuellen Bedeutung gehört aber auch die Erfassung der Ansprüche des Einzelnen an sein Leben. Soweit über die Herkunft der Pat., ihre Bildung und die Entwicklung ihrer finanziellen Lage Ausreichendes zu erfahren war, kann darüber ein Urteil abgegeben werden. Dabei ergibt sich, daß die Patienten zu Beginn der Erkrankung in ihrem angestammten Milieu wohnen und sich in durch Herkunft bestimmtem Stand befinden. Erst der Verlauf bringt bei einigen Patienten ein Absinken im Lebensmilieu. Angeführt sei der paradigmatische Fall von Frau Maria G. (Pat. 7). Sie findet man nach 6 Umzügen schließlich im Umfeld sozial Behinderter in einer Schlichtwohnung wieder..

In diesen Notunterkünften für "Asoziale" machten sich auch für psychisch Kranke und besonders für diese Patienten die auf Passivität - d.h. das "Gewährenlassen" - gegründeten sozialen Hilfssysteme bemerkbar, obwohl unbestritten dem Überwinden, der bewußten psychologischen Einstellung zum Leben, der Vorzug gegeben werden muß (GERFELDT).

Wenn also nach langjährigem Verlauf Frau G. in einer "asozialen" Siedlung wohnt, ist das nicht Zeichen eines echten sozialen Abstiegs, wie vermutet werden könnte, sondern lediglich Zeichen für einen bis dahin voll ausgeschöpften Wohnungsmarkt, der es der ja weit über 80jährigen unmöglich macht, noch kurzfristig eine angemessene Wohnung zu finden, um den wahnhaften Beeinträchtigungen zu entgehen.

Über die allgemeinen Lebensbedingungen hinaus spielen die interpersonalen Kontakte sicherlich die größte Rolle für den Menschen überhaupt. Hier liegt die Aufgabe einer soziologischen Psychiatrie (KULENKAMPFF). Nur mit ihrer Hilfe kann die Bedeutung sozialer Faktoren und ihrer Beziehung zur Psychose erhellt werden.

Soziologisch ist der Mensch als Träger einer Rolle und Position definiert. So entsteht in der Beziehungsetzung zur Umwelt die soziologische Situation. In seiner Geschichtlichkeit wechselt der Mensch von Situation zu Situation im Innehalten bestimmter Rollen und Positionen. Hat eine Situation eine Bedeutung für die Entstehung, Beeinflussung und Gestaltung einer Psychose, ist sie ein sozialer Faktor, der seine Bedeutung nur aus dem individuellen Leben schöpft. Aus der Beurteilung und Sammlung von Einzelfällen gewinnt nach KULENKAMPFF (1962) die Isolierung als soziales Phänomen ihre Bedeutung im Vorfeld von Psychosen.

Resümiert man die Arbeiten von ZUTT, KULENKAMPFF (1962), v. BAYER, HAASE (1958), KISKER-STRÜZEL aus der Sicht der vorliegenden Fragestellung, liegt im Vorfeld der Psychose eine Gefährdung der Geborgenheit. Die Arbeit KISKERs und STRÜZELs sei mit der Einschränkung erwähnt, daß sie im wesentlichen die Untersuchungen junger Patienten darstellt. Überwiegend handelt es sich um akute Bilder, die einer solchen Vorfeldsituation entspringen.

Schon früher wurde auf lebensgeschichtliche Gemeinsamkeit hingewiesen und zwei Gruppen von Patienten gebildet. Bei der einen Gruppe entwickelte sich die Psychose aus einer schon lange durch Vereinsamung komplizierte Lebenssituation; bei der anderen bricht die Psychose in zeitlichen Zusammenhang mit einer lebensgeschichtlichen Zäsur aus, die die Vereinsamung hervorruft.

Für die Untersuchung erhält die Vereinsamung ihr Gewicht aus mehreren Befunden. Bei Patienten aus der Gruppe der akut Vereinsamten bestanden durchaus mehr Besuchskontakte, als bei der Gruppe chronisch vereinsamter Patienten. Bei diesen finden sich mehr praepsychotische Auffälligkeiten und eine stärkere Beteiligung leptosom-dysplastischer, unausgereifter Persönlichkeiten, die die Belastung der Vereinsamung tragen müssen.

Man überbewertet die Befunde sicher nicht, wenn man daraus schließt, daß die akute Vereinsamung eher eine Psychose auslöst oder sogar pathogenetisch daran mitwirkt als die chronische Vereinsamung. Umgekehrt verursacht die chronische Vereinsamung nur dann eine Psychose, wenn zusätzliche belastende Faktoren nachweisbar sind.

Gerade dieser Tatbestand verdeutlicht ganz besonders das Gewicht der Isolierung für die Entstehung einer Psychose.

Es wurde früher schon auf den Altersprozeß als eine qualitative Umstrukturierung hingewiesen. Im sozialen Bereich heißt das, daß der alternde Mensch in der Abnahme seiner geistigen Beweglichkeit und allgemeinen Aktivität zum "Disengagement" (ÖSTERREICH) neigt, um vom Zwang der Einhaltung bestimmter sozialer Normen freier zu sein. Das bedeutet andererseits wieder, daß die bestehenden sozialen Kontakte eine zunehmende Bedeutung gewinnen und ihr Verlust tiefer erlebt wird als in jüngeren Jahren.

Nach JANZARIK's Eindruck bei der Untersuchung einer größeren Anzahl Patienten überwiegen aktive, lebendige Frauen, die durch ihre Wesensart nie Schwierigkeiten hatten, Kontakte zu knüpfen. Tritt bei ihnen eine Psychose nach dem überraschenden Erlebnis der Vereinsamung ein, könnte neben dem zu vermutenden erhöhten Kontaktbedürfnis eine Erklärung für ihre Schwierigkeiten, Anschluß zu finden, darin liegen, daß Voraussetzungen für eine Kontaktsuche eine Sicherheit verleihende Umgebung mit vertrauten Partnern ist. So würde sich auch der Widerspruch lösen, daß die Patienten in der Regel ohne Scheu und nur mit anfänglichem Mißtrauen Behörden aufsuchen, oder daß der Untersucher selbst in der häuslichen Umgebung durch den Hinweis, er sei von Amtspersonen geschickt, Einlaß findet und quasi als neutral oder sogar als Vertrauensperson in der sonst allgemeinen Auseinandersetzung mit der Umwelt betrachtet wird. Hier sei eine Erfahrung der Sozialarbeiterin der Beratungsstelle mit einer Patientin (wieder der paradigmatische Fall) berichtet.

Diese Patientin erscheint in der Regel 1-2mal in der Woche auf dem Amt, bittet kurz darum, doch einen Augenblick im Warteraum Platz nehmen zu dürfen, und verabschiedet sich nach ca. 1 Stunde mit dem Hinweis, jetzt genug für die nächste Zeit "getankt" zu haben.

Man hat hier deutlich den Eindruck, daß die Pat. sich an eine Überindividuelle, allgemeingeachtete Macht um Hilfe wendet, eine Hilfe, die auch als zustehend zu fordern ist. Das erinnert an Ergebnisse der Verhaltensforschung. Wenn demnach in der Psychose stammesgeschichtlich alte, bereitliegende Verhaltensweisen hervortreten, so läßt sich das geschilderte Verhalten mit dem Wenden an ein im Range höheres Wesen oder seinen Ersatz - hier die Vatermacht Staat - erklären.

Wenn HEINRICH, das Gruppenverhalten von Tieren beschreibend, Verhaltensforscher (PLOOG, KUMMAR, WASHBURNS und DE VORE) zitiert und das Verteidigungs- und Feindvermeidungsverhalten erwähnt, lassen sich hier Analogien sehen zu dem Verhalten von schwächeren Tieren, die die geschützteren Plätze innerhalb der Tiergruppe innehalten. Sie haben trotz ihrer sonstigen unterprivilegierten Stellung das unbestrittene Recht auf diesen Platz. Solche archaischen Verhaltensmuster erkennt man auch im Verhalten von Kindern, die in vielen Verhaltenseigentümlichkeiten ihre relative Nähe zu stammesgeschichtlichen älteren Formen der Umweltbeziehung beweisen, in dem sie sich vor der bedrohlich erlebten Umwelt in den Schutz der Mutter begeben.

Bei M.ROTH findet sich zur Bedeutung der Isolierung bei Psychosen der zweiten Lebenshälfte der Hinweis, daß Sinnesdefekte die Psychoseentstehung begünstigen.

KRAEPELIN maß der dadurch bedingten Isolierung eine entscheidende Bedeutung zu, sah er darin doch die Ursache des psychotischen Verfolgungswahnes bei der Hör- oder Sehbehinderung.

Ähnlich zu werten sind die Ausführungen MÜLLER-HEGEMANNs, der die bei Gefangenen erhobenen Befunde auf andere Isolierungserlebnisse für übertragbar hält.

HAASE (1958) versucht die soziale Isolierung so zu deuten, daß im paranoid-halluzinatorischen Erleben schon ein Überwindungsversuch sozialer Isolierung liege, in dem Wunscherfüllung, Selbstwertrettung und Triebabwehr in diese Erlebnisse produziert werde.

Es handelt sich hier um eine Deutung im Sinne RICHTER's. Am ehesten gilt das für die sexuellen Inhalte und die erlebte Bedeutung, die sich in der Verfolgung ausdrückt.

Die bedrohlichen Inhalte erklärt er einleuchtend und entsprechend der Auffassung KRETSCHMERs als einen Versuch, einer Wahnstimmung und dem damit verbundenen Gefühl der Bedrohung einen Inhalt und ein Ventil in Ausgestaltung eines realen, wenn auch normalerweise bedeutungslosen Konfliktes zu geben.

Anhaltspunkte dafür ist ihm die auch von JANZARIK und in der vorliegenden Untersuchung gefundene Tatsache, daß bei Änderung der Umgebung, besonders bei Aufnahme in eine Gemeinschaft, der paranoide Wahn in kurzer Zeit- zumindest vorübergehend- verschwindet. Er mißt der Situation des Alleinstehens eine besondere Bedeutung als Schlüsselsituation für die Dekompensation einer hypothetisch angenommen schizophrenen Anlage zu.

Ähnliches findet sich bei GROß, der in der Vereinsamung eine Anlaßsituation für die Psychose sieht.

Auf eine "personale Strukturiertheit" trifft dann die pathogene Situation einer "emotional belastenden Sozialkonstellation". In diese Deutung passen auch Befunde R.WALTHER's. Er konnte zeigen, daß Schizophrene durch Änderung der Wohnordnung (ZUTT) emotional stärker getroffen werden, als der Großteil anderer Patienten. Der Schizophrene sei eben angewiesen auf "soziale Leitschienen", auf die Regelmäßigkeit des Vertrauten.

GROß fand ebenso wie die vorliegende Arbeit bei seiner Untersuchung heraus, daß alle Patienten eine eigene Wohnung haben, daß oft Gemeinschaftseinrichtungen wie Abort, Waschbecken benutzt werden. Die abgeschlossene Wohnung scheint, auch ZUTT weist darauf hin, besondere Bedeutung zu haben.

In der Gruppe der durch lebensgeschichtliche Zäsur vereinsamten Patienten liegen Tod und Weggang eines Verwandten oder Untermieters unmittelbar zeitlich vor der Psychose. Nimmt man an, daß hier Urverhaltensweisen zutage treten, müssen es, wie auch GROß meint, Reaktionen der Revierverteidigung sein, die auf die Entstehung und Ausgestaltung der Psychose Einfluß nehmen.

BILZ (1962) weist auf dieses Revierverteidigungsverhalten hin, wenn er die stammesgeschichtlichen Ursprünge des Markierungsverhaltens mancher Tiere erläutert. Bär und Hund z.B. grenzen durch Duftmarken ihr Territorium ab.

Daß in der Psychose - und die Schizophrenie ist dabei am besten untersucht - alte, archaische und hierarchisch tiefer liegende Erlebnis- und Verhaltensweisen mobilisiert werden und die Führung übernehmen, zeigen Arbeiten von BILZ (1959,67) H.EY (zitiert nach HEINRICH). PLOOG, HEINRICH und andere. Die Zulässigkeit solcher Schlüsse wurde nie ernstlich bestritten.

Die paranoide Erlebensweise der Umwelt wird verglichen mit der tierischen und primitiven Umweltkommunikation. Sie ist gekennzeichnet vom Erlebnis des ständig Betroffenseins im Mittelpunkt des sich Ereignenden, "das Umzingeltsein von bedeutungsvollen Erscheinungen" (HEINRICH).

HEINRICH spricht von der "pathogenetischen Grundformel" als pathologische Regression auf primitive, zentralnervöse Funktionsgestalten oder BILZ vom biologischen Radikal, das bei Naturvölkern, Wahnkranken und Halluzinierenden erhalten ist. So kommt es anstelle der wählenden Freiheit des Gesunden in der Beziehung zur Umwelt zu unfreiem, formelhaften Reagieren nach "angeborenen Schemata" (LORENZ).

In der veränderten Umgebung - hier die erlebte Vereinsamung - kommt es auf krankhafte Weise zu dem phylogenetisch regrediertem Wahrnehmungsmodus der "Feindtötung" der Umgebung.

Wie HEINRICH muß man davor warnen, Psychosen nur durch die Regression auf eine stammesgeschichtlich tiefer liegende Stufe zu erklären, kann so doch die Komplexität einer schizophrenen Psychose nicht erfaßt werden. Z.B. bleibt unerklärt, daß neben dem psychotischen Erleben und Verhalten völlig adäquates (gesundes) Verhalten in anderen Situationen besteht.

Verständlich ist, daß gerade bei den akut Vereinsamten durch den Verlust der letzten vertrauten Person die Umgebung, die sonst gemeinsam angegangen wurde, bedrohlich erlebt wird.

So fürchtet der Patientum seine Wohnung, denn bei dem erst seit kurzem weniger knappen Wohnraumangebot liegt es nahe, einem älteren Menschen, der allein lebt, Wohnraum abzunehmen, ihn in eine kleinere Wohnung zu stecken und damit zu verpflanzen .

So werden vorhandene oder vermutete Ansprüche der Hausbesitzer, der Nachbarn oder ihrer Verwandten und Bekannten schon gleich als Bedrohung der eigenen Wohnung - des Reviers - bewertet.

Bei der gezeigten emotionalen Bedeutung der Vereinsamung und der besonderen Bedeutung der Wohnordnung für Schizophrene (ZUTT) nimmt es nicht Wunder, wenn Störungen in diesem Bereich für die Psychose Anlaß, Teilkausalität, "pathogenetischer Anstoß" (JANZARIK, 1965) oder sogar ätiologischer Faktor sind. Ihr tatsächlicher Stellenwert im ätio-pathogenetischen Faktorenbündel ist damit natürlich nicht festgelegt. Im bisher gesagten kommen die individuellen Erklärungsmöglichkeiten zu Wort. Ebenso unterstreichen aber auch epidemiologische Untersuchungen die Bedeutung der Vereinsamung für das Auftreten von Psychosen. HAASE (1963) stellte kürzlich die Bedeutung des Alleinstehens für die Frau in einer großen Untersuchung dar, in dem er alle Aufnahmen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern des Landschaftsverbandes Rheinland beleuchtet. Nur die Ergebnisse der interessierenden Altersgruppe seien hier her ausgegriffen. In der Altersgruppe der 61-90jährigen fand er, daß 1958 dreimal soviel Frauen als Männer alleinstehend in der Wohnbevölkerung waren. Das gleiche Verhältnis fand er in den Anstalten zwischen der Zahl der männlichen und weiblichen Patienten. Die Behauptung, daß der hohe Anteil alleinstehender Kranker dadurch zustande komme, daß diese sich durch seelische Abnormität in diese Rolle selbst manövrierten, kann er durch Vergleiche mit statistischen Erhebungen von MALZBERG in New York in Frage stellen. Wichtig erscheint doch die Feststellung, daß bei

den Frauen unter 60 Jahren Witwen mit Schizophrenien 1960 häufiger zur Aufnahme kamen, obwohl ein Überwiegen von Schizophrenien bei Witwen in jüngeren Altersgruppen nicht nachweisbar ist. Er findet die Auslegung von ØDEGARD durch sein Material belegt.

ØDEGARD erkannte nur im höheren Lebensalter und besonders bei Frauen an, daß Witwenschaft zur erstmaligen Aufnahme in eine Anstalt führen könne. Er stützt sich auf die Auswertung sämtlicher Erstaufnahmen in den Nervenkliniken in Norwegen von 1931 - 1945.

Schon DAYTON (1940) wies auf Psychosen hin, die bei Witwen direkt nach Verlust des Mannes auftraten, fand aber auch schon vorher bestehende Auffälligkeiten, die sich zuspitzten und bei fehlendem Schutz der Familie zur Hospitalisierung führten.

JACO zeigte, daß die Psychoserate höher ist in Stadtgebieten, in denen die Bewohner untereinander sich kaum kennen und den Wohnbezirk selten verlassen.

Die grundsätzliche Bedeutung reaktiver Faktoren auf den Verlauf einer Schizophrenie zeigt M.BLEULER und weist dabei gerade auf die Bedeutung des Verlustes eines geliebten Angehörigen hin.

HUBER et al. konnte von 502 schizophrenen Pat. der Bonner Nervenlinik 70 den spätschizophrenen Bildern zurechnen. Frauen waren mit 64,3% deutlich in der Überzahl. Auffallend war, daß gut die Hälfte der Patienten eher syntone unauffällige Ausgangspersönlichkeiten waren, im Gegensatz zu den Befunden bei der Gesamtzahl der untersuchten schizophrenen Pat. .

Die Quote der Ledigen war deutlich niedriger, paranoid-halluzinatorische Bilder machten den größten Anteil aus, und psychogene und situative Auslöseelemente ließen sich häufiger nachweisen.

Damit werden die Ergebnisse von HAASE gestützt und erweitert.

Die Vergleichbarkeit solcher Untersuchungen ist schwer zu beurteilen. Schon Differenzen in den Altersgruppen, besonders aber in den diagnostischen Ansichten über manche Krankheitsbilder bedingen unüberwindliche Schwierigkeiten. Die referierten Arbeiten sollen deshalb nur die grundsätzliche Bedeutung des Kontaktmangels unterstreichen.

Insgesamt fehlen noch eingehende epidemiologische Untersuchungen über den älteren Menschen und seine Psychoseerkrankung.

Besonders soll noch darauf eingegangen werden, daß bei den Patienten, deren Krankheitsbilder untersucht wurden, mit einer Ausnahme nur Frauen an Kontaktmangelparanoid erkrankten.

HAASE (1963) wies schon in seinen Untersuchungen darauf hin, daß überwiegend Frauen von der Krankheit betroffen sind. Er führt als Begründung an, daß es dem Manne aus sozialen Gründen leichter ist, in den Kontakt auszuweichen. Ihm steht die Möglichkeit offen, ins Wirtshausmilieu zu fliehen. Auch ist es für ihn einfacher, eine Ehe zu schließen, da der Mann doch für den Großteil der Bevölkerung trotz aller Aufklärung und Emanzipation der Werbende in der Zweierbeziehung ist. Hinzu kommt sicher auch für die Altersgruppe der Untersuchten die geringe Zahl der nach dem Kriege überlebenden Männer und das stärkere Verhaftetsein in alten Rollenverständnissen. Das führt auch dazu, daß Männer leichter hilflos in der eigenen Versorgung werden und schon früher Heime aufsuchen.

III. 4.

Zusammenfassung und Ausblick

Nach einem geschichtlichen Rückblick wird das Kontaktmangelparanoid als ein Typ schizophrener Krankseins im höheren Lebensalter vorgestellt, wie es von JANZARIK beschrieben wurde. Er grenzt damit einen besonderen Typ nach dem 60. Lebensjahr auftretender spätschizophrener Erkrankung ab, bei dem paranoid-halluzinatorische Symptome überwiegen und der Kontaktmangel - die soziale Isolation - eine besondere Bedeutung hat.

Beschrieben wird eine nach sozialen, psychopathologischen und somatischen Gesichtspunkten durchgeführte Untersuchung, die die soziale Isolierung der Patienten zeigen konnte, ihren sozialen Weg nach der Erkrankung verfolgt und in der Psychopathologie eine mit einigen Charakteristika ausgestattete paranoid-halluzinatorische Spätschizophrenie erkennen lässt. In somatischer Sicht fiel dabei die besondere körperliche und geistige Rüstigkeit der Patienten auf, sowie einige konstitutionsbiologische Besonderheiten in Verbindung mit dem Verlauf und dem psychopathologischen Bild.

Untersucht wird die Bedeutung des Kontaktmangels im Vorfeld der Erkrankung bei zwei Gruppen von Patienten. Auf der einen Seite stehen die chronisch einsamen, prämorbid charakterlich auffälligen Persönlichkeiten von eher leptosomem und dysplastischem Körperbau, die ohne erkennbare Anlaßsituation psychotisch werden. Auf der anderen Seite stehen die syntonen, eher pyknischen, prämorbid unauffälligen Patienten, bei denen die Vereinsamung als lebensgeschichtliche Zäsur die Psychose einleitete.

In der Auseinandersetzung mit der Literatur werden anthropologische, paleopsychologische (BILZ), soziologisch-psychologische Gesichtspunkte nebeneinander gestellt.

Epidemiologische Aspekte können nur aufgezeigt werden. Ihre Vergleichbarkeit scheitert an methodischen Unterschieden und den nosologisch unterschiedlichen Auffassungen.

Gerade die letzte Feststellung zeigt eine große Lücke in der Erforschung der Psychosen der zweiten Lebenshälfte auf, eine Lücke, die anregen sollte zu epidemiologischen und soziologischen Untersuchungen.

Ein letztes Wort soll den therapeutischen Aspekten gelten. Sie wurden ausgespart, da es in der psychopharmakologischen Behandlung spätschizophrener Bilder wohl keine neuen Erkenntnisse gibt und auf die Schwierigkeit der Behandlung chronisch-schizophrener Psychosen nicht hingewiesen werden muß. Für die untersuchten Patienten hat das keine Bedeutung, da sie aus mangelnder Krankheitseinsicht und psychotischem Mißtrauen heraus Besuche beim Arzt, besonders beim Nervenarzt, ablehnten. Nur eine, nicht in die Untersuchung aufgenommene Patientin suchte einmal einen Nervenarzt auf, die von ihm verordneten Medikamente nahm sie aber nicht ein. Eine andere, aus äußeren Gründen nicht in die Untersuchung aufgenommene Patientin konnte aber von der Sozialarbeiterin des Gesundheitsamtes auf Bitten des behandelnden Nervenarztes mit Erfolg über 9 Monate behandelt werden. Schon dieses eine Beispiel zeigt, daß die Entwicklung geeigneter

Behandlungseinrichtungen und Konzepte für Patienten,
die aus verschiedenen Gründen keinen Zugang zu
medizinischer Hilfe haben, wichtige Aufgabe
besonders psychiatrischer Forschung sein sollte.

IV.

Kasuistischer Anhang

Pat. Nr. 1

Elise S. 89 Jahre

Die kleine zierliche Frau hat eine Rente von 540.--DM und zahlt 90.--DM Miete, sie wohnt in einer typisch bürgerlichen Wohngegend in einer 2-Zimmer Wohnung, die sie schon lange inne hat.

Sie ist gelernte Krankenschwester, führte lange Jahre mit einer Freundin ein kleines Altersheim und war später als Privatpflegerin tätig.

Mit ihrer Familie habe sie keinen Kontakt mehr, er sei vor Jahren abgebrochen, es würden auch nicht mehr so viele leben. Sie treffe sich selten mit einer Freundin, lebe sonst ganz zurückgezogen. Früher habe sie große Ausflüge in den nahegelegenen Taunus und an den Rhein unternommen. Vor einem halben Jahr habe sie noch einen 10 km langen Tagesausflug gemacht, bei dem ihr die Handtasche geraubt wurde. Seither wage sie solche Ausflüge nicht mehr.

Seit 1968 ist die Pat. dem Gesundheitsamt bekannt, weil sie sich über zwei Familien im Hause beschwerte. Diese würden mit Heizsonnen ihre Wohnung so aufheizen, daß sie sich verbrannt fühle und sich nur in der Mitte der Räume aufhalten könne. Es seien ihr "Knüppel" auf dem Kopf gewachsen, die nicht tastbar seien. Sicherheit verschafften ihr die Gespräche dieser Familien, die durch Übertragung durch die Wände in ihrer Wohnung zu hören seien.

Bei der Untersuchung wird sie verschlossen, als man diese Inhalte anspricht, und man hat schließlich den Eindruck, daß sie gelernt hat, sie zu verschweigen, um nicht anzuecken.

Sie wird dann innerlich erregt, der Mund wird verkniffen. Erst als man es in die Vergangenheit verlegt und wie von etwas Vergangenenem davon spricht, wird sie lebhafter. Sie berichtet davon, daß diese Familien ihre Gedanken lesen könnten, sie peinlicher Dinge beschuldigen würden und sie aus der Wohnung vertreiben wollten. Seit sie beschlossen habe, in ein Altersheim zu gehen, sei alles besser, und sie könne damit leben.

Pat. Nr. 2

Helen B. 72 Jahre

Frau B. hat eine Rente von 211.--DM und zahlt 117.--DM Miete mit Heizung. Sie bekommt zusätzlich Sozialhilfe. Eigentlich ist sie gelernte Schneiderin, war aber nie fest angestellt oder offiziell selbständig. Sie ging in die Häuser ihrer Kunden und "benähte" die Familie.

Sie wohnt in einem alten Mietshaus, das seit dem Kriege nicht mehr renoviert wurde und jetzt umgebaut wird. Sie hat eine Mansardenwohnung mit 2 Zimmern. Lebhaft berichtet die kleine rundliche Pat. von geplanten Fenstereinbauten. Sie wirkt wie 65 Jahre, ist munter und unterhaltend. Am Leben in der Welt nehme sie regen Anteil und höre mit ihrem alten Volksempfänger Nachrichten und Musik, eine Nichte wohne in der Nähe, die sie manchmal besuche.

Bis zum Tode der Mutter 1943 habe sie diese gepflegt und ganz zurückgezogen gelebt. Dann habe sie nicht mehr recht Anschluß ans Leben gefunden und eigentlich so weitergelebt wie während der Pflege der Mutter.

Leichthin berichtet sie von früheren Nachstellungen durch die Nachbarn, die ihr die Wohnung wegnehmen wollten und sie deshalb schikanieren würden. Ohne Nachdruck berichtet sie von den bestehenden Belästigungen. Sie hat sich damit abgefunden, erträgt sie gleichmütig.

1958 habe es begonnen, damals habe eine Untermieterin sie aus der Wohnung drängen wollen. Aus vielen Kleinigkeiten und später aus den Gesprächen der Untermieterin mit einem Freund habe sie es durch die Wand übertragen bekommen und Kenntnis gehabt.

Diese Untermieterin habe Prozesse angestrengt, und sie habe sich damals bei der Polizei erkundigt. Selbst als sie sich an einen Abgeordneten wandte, habe das keine Besserung gebracht. Leider sei sie oft beim Wechsel der Untermieter vom Regen in die Traufe gekommen. 1965 seien ihr sogar Briketts aus dem Keller gestohlen worden, selbst die Holztüre habe man mitgenommen (Polizeibericht gibt an, daß diese vom Holzwurm zerfressen beim Anmachholz gelegen habe).

Vor 3 Jahren sei es wieder einmal schlimm gewesen. Sie sollte in der Silvesternacht von der Familie unter ihr verschleppt werden. Diese habe aber Angst bekommen, als sie sich an das Oberlandesgericht in Frankfurt wandte.

"Ich habe es ihnen nicht gesagt, die wissen immer alles von mir, Telepathie oder so".

Sie erinnert sich noch genau an die Zimmer-Nr. des Beamten und an seinen Namen.

Große Schwierigkeiten habe sie seither nicht mehr, allerdings kümmere sie sich auch nicht mehr darum, selbst wenn die Nachbarn ihr sehr schlimme Dinge zuriefen.

Pat. Nr. 3

Josefine M., 74 Jahre

Die Pat. hat eine Rente von 300.--DM und muß 70.--DM Miete bezahlen. Aus der Vorgeschichte gibt es nichts Wichtiges zu berichten. Sie schildert sich als lebhaft, der Welt aufgeschlossen, kontaktfreudig. Vor 10 Jahren sei ihr Mann gestorben, mit dem sie eine glückliche Ehe geführt habe. Sie habe damals in einer großen Wohnung gewohnt, die sie wegen der Größe aufgeben mußte. Sie sei bisher zweimal umgezogen und wohne jetzt in einer Wohnung mit einem Zimmer, Küche und Bad. Die letzte Wohnung habe sie aufgegeben wegen zweier "Weiber", die immer schimpften und Krach machten. Sie hätten sie damit aus der Wohnung treiben wollen. Sonst hätten sie sich wie immer benommen, hintenherum aber über sie gesprochen und sich zu Nutze gemacht, daß sie wohl alles über sie gewußt hätten. Sie habe sich manchmal des Eindrucks nicht erwehren können, als hätten sie ihre Gedanken lesen können. Ein Jahr habe sie Ruhe vor Belästigungen gehabt, jetzt aber im zweiten Jahr in der neuen Wohnung würden ihr dauernd Kohlen gestohlen, indem die Kellertür ausgehängt werde. Dahinter stecke ein Mitbewohner, der es auf ihre Wohnung abgesehen habe. Sie habe zufällig ein Gespräch belauscht, aus dem hervorging, daß er auf ihre Wohnung spekuliere. Sie habe sich vor den Diebstählen schützen wollen, indem sie zwei Schlösser angebracht und Mehl auf den Boden gestreut habe. Das habe leider nichts geholfen, und sie bewahre jetzt die Kohlen in Eimern und Kartons in der Wohnung auf.

Die Pat. ist pyknisch mit sehr kräftigen Schultern und leicht dysplastischer Kopfform. Sie ist an der Welt sehr interessiert, hört regelmäßig Radio, soweit es nicht von den besagten Nachbarn unter ihr gestört werde.

Sie hat eine Zeitung abonniert und besucht regelmäßig wöchentlich bei jedem Wetter ihre in der Nähe wohnende Schwester. Körperlich und geistig ist sie sehr rüstig, zum Beispiel trägt sie ihren Kohlenvorrat selbst die vier Stockwerke in die Wohnung.

Pat. Nr. 4

Emma F., 71 Jahre

Sie bezieht eine Rente von 182.--DM, zahlt 50.--DM Miete und bekommt Sozialunterstützung. Die groß gewachsene, breit gebaute Frau führt das gesamte Gespräch mit dem Untersucher bei der ersten Untersuchung durch den Türspalt, den die Sperrkette erlaubt. Bei der zweiten Untersuchung wird das Gespräch außerhalb der Wohnung bei einem kleinen Spaziergang geführt, da sie auf Besuch nicht vorbereitet sei.

Nach kurzen mißtrauischen Fragen überhäuft die Pat. den Untersucher mit Erzählungen über ihre letzten Unternehmungen und Klagen über ihre Geruchsbelästigungen, sexuelle Exzesse in der Wohnung unter ihr und den Belästigungen, denen sie ausgesetzt sei, da sie eisern an ihrer Wohnung festhalte. Von früheren Erlebnissen an anderen Wohnorten berichtete sie nur zögernd. Diese Belästigungen seien noch unverändert, aber sie habe sich damit abgefunden. Über Antennen werde eine starke Hitze gegen sie ausgestrahlt, die ihr eine Stuhlverstopfung mache und sie sexuell belästige. Das sei umso schrecklicher, da sie Diakonisse gewesen sei und "an ihren Unterleib noch kein Mann gekommen sei". Manchmal habe sie den Eindruck, als würden DAK und Heilsarmee dahinter stecken, denn diese würden über die nötigen Verbreitungsmöglichkeiten in ganz Deutschland verfügen. Mit Nachbarn habe sie kaum Kontakt. Es kann mit einer Nachbarin gesprochen werden, die spontan berichtet, daß Frau F. manchmal nachts schreie und tobe, als wolle sie die Einrichtung zertrümmern. Außerdem beklage sie sich manchmal beim Einkaufen, von den "Sozis" betrogen zu werden.

Sie bewohnt diese Wohnung seit 1974, kam zuvor aus einem Ort im Taunus, davor aus Düsseldorf.

Sie sei schon früher einmal beruflich von 1958 bis 1960 in Wiesbaden gewesen. Hier wohne eine Schwester, die sie selten besuche. Seit Juli 1968 ist sie dem Gesundheitsamt bekannt, von ihr selbst ist zu erfahren, daß sie die gleichen Belästigungen an ihren früheren Wohnorten durchgemacht habe. Damals sei sie eher der Ansicht gewesen, daß Nachbarn dahinter stecken würden. Aus dem langen Verlauf und der Verbreitung über Deutschland könne man ja entnehmen, daß sie von einer größeren Organisation verfolgt werde.

Pat. Nr. 5

Else B., 81 Jahre

Sie sei von Ostdeutschland hierher gekommen, sei im ersten Weltkrieg verwitwet, am Ort wohne ein Bruder, mit dem sie keinen Kontakt habe. Eine Schwester, die in der Nähe wohne, besuche sie regelmäßig.

Es war nur schwer bei den Untersuchungen Kontakt mit der Pat. zu bekommen, deshalb müssen die Angaben aus den Akten vervollständigt werden. Seit 1960 habe sie sich erstmals von einem Mann verfolgt gefühlt. Deshalb habe sie manchmal nachts um Hilfe gerufen und sich an fremde Türen gestellt. Nach einer Urlaubsreise in Italien bestreitet sie alle Vorfälle. Ein Jahr später glaubt sie sich als reiche Erbin von den Nachbarn verfolgt und durch Gas vergiftet. Fremde Männer würden in die Wohnung gehen, würden sie bestehlen und ihre Sachen in Unordnung bringen. Aus dem Lastenausgleich hätte sie 16.000,-- DM bekommen, die ihr bis auf wenige tausend Mark von ihren Verwandten gestohlen worden seien. Dahinter stecke im wesentlichen ihr Bruder. Beim Gespräch erzählt sie vom Kauf von Wertpapieren in Höhe von 10.000,--DM. Ab 1962 kommt es zu nächtlichen Unruhezuständen mit Möbelrücken, Hammerschlägen gegen die Wände und anderem mehr. Bei der Untersuchung beklagt sie sich darüber, durch Strahlen belastigt zu werden, und sie wehrt sich mit dem nächtlichen Lärmen dagegen. Eine kurzfristige Aufnahme in der Städtischen Nervenlinik läßt die Symptomatik dort völlig abklingen, sie tritt aber zu Hause in der vollen Stärke wieder auf. Sie werde durch Geräte beobachtet, durch Giftgase vergiftet, man wolle sich ihrer Wohnung bemächtigen.

Es sei schrecklich, daß sie alte Frau durch die Strahlen so sexuell belästigt werde.

Mit den Belästigungen ist sie sicher eine starke Last für die Umgebung, ist aber sozial völlig eingeordnet. Ihre Persönlichkeit beschreibt sie als kontaktfreudig, Mittelpunkt einer Gesellschaft und immer froh aufgelegt. Sie sei körperlich völlig gesund.

Pat.Nr. 6

Elisabeth K., 70 Jahre

Frau K. hat eine Rente von 600.--DM und zahlt 100.--DM Miete. Sie wohnt in einer netten 2-Zimmer Wohnung, die sauber und aufgeräumt ist. Sie bleibt lange dem Untersucher gegenüber unsicher und nervös und gibt ihre Ablehnung erst gegen Ende des Gesprächs auf. Dann berichtet sie auch von den Schikanen durch ihre Nachbarn, die sie nachts als Faulenzerin beschimpfen und ihr schlimme Dinge zurufen. Sie würden sie auch ständig in der Wohnung beobachten, ihre Wohnung verändern und mit Geräten Einfluß auf sie nehmen, so daß sie Atembeschwerden habe.

Diese Belästigungen hätten gleich nach dem Tode ihrer Mutter 1962 begonnen. Sie habe immer mit ihrer Mutter zusammen gelebt, habe 30 Jahre bei einer chemischen Firma gearbeitet, ohne je Klagen gehört zu haben. Jetzt sei sie Rentnerin. Vom Eindruck bei der Untersuchung her könnten Rente und Tod der Mutter hier zusammengewirkt haben. Die Pat. ist klein, korpulent, ohne typische pyknische Fettverteilung. Sie schildert sich als kontaktscheu, still im Gespräch und leicht aufgeregt.

Sie strebe nach einer neuen Wohnung, die ihr von den Behörden, weil sie Rentnerin und allein sei, versagt würde.

Pat. Nr. 7

Maria G., 88 Jahre

Ergebnisse aus den Akten:

1963 erscheint Frau G. auf der Polizei, um sich über Geräusche in ihrer Wohnung zu beschweren. Sie würde dadurch gesundheitlichen Schaden davontragen. Deshalb entscheidet sie sich schließlich zum Wohnungswechsel. Anfänglich glaubt man, sie könne durchaus selbst einen Wohnungswechsel in die Wege leiten, aber enttäuscht durch die lange ergebnislose Suche, erscheint sie hilfesuchend im Gesundheitsamt.

In der neuen Wohnung setzen bald die Verfolgungen durch immer denselben Mann (einen früheren Vermieter) ein. 1966 weitet sich ihr Wahn dahin aus, daß neben den Belästigungen durch Gerüche und Giftgase jetzt auch solche sexueller Art treten. Immer wieder erscheint sie mit Beschwerden bei ihrer Wohnungsbau-gesellschaft.

Im gleichen Jahr fühlt sie sich auch durch Strahlen belästigt und läßt einen Elektriker die Wohnung auf Stromstöße und Strahlungen untersuchen. Immer wieder wird in den Berichten ihr guter gesundheitlicher und geistiger Zustand auch von anderen Ämtern hervorgehoben.

1968 fühlt sich Frau G. beobachtet und bespitzelt. Sie beschwert sich über Lärm im Hause und stopft sich deshalb Watte in die Ohren. Sie fürchtet, daß die Hausbewohner ihren Strom verbrauchen. Gegen die Belästigungen wehrt sie sich durch Klopfen und Stampfen auf den Fußboden, besonders des Nachts, da dann die Belästigungen am stärksten seien.

Im Juli 1968 glaubt sie, einen Störsender im Schornstein entdeckt zu haben, und fühlt sich durch den Lärm von Hubschraubern, die über dem Haus kreisen, belästigt. 1969 werden die Beeinträchtigungen so stark, daß man von ihr erfährt: "Die haben mich beinahe umgebracht, ich dachte, ich würde gelähmt, immer an den Füßen das brennende Zeug." (Gemeint ist der absichtlich erwärmte Fußboden).

Eigene Angaben:

Es habe mit den Belästigungen begonnen, als ihr Pflegesohn, der bis dahin in ihrem Haushalt lebte und wenigstens jedes Wochenende zu Hause war, heiratete. Ihre damalige Wohnung sei ihr streitig gemacht worden, da der Hausbesitzer die Räume selbst verwenden wolle. Er habe Gift vor ihre Wohnung gestreut, dessen Dämpfe durch die Fensterritzen in die Wohnung gezogen seien. Sie sei dann von selbst in eine andere Wohnung gezogen, die ihr durch den Vermieter auf ihren Wunsch vermittelt worden sei. Bald darauf hätten sich dieselben Beeinträchtigungen eingestellt, die wieder durch den alten Vermieter verursacht worden seien. Dieser habe dann später noch eine Nachbarin mit eingeschaltet. Jetzt habe sie schon das fünfte Mal die Wohnung gewechselt und werde von einer Gruppe von Herren verfolgt, von denen sie nichts wisse, außer daß sie im Besitz einer gelben Karte seien (die Berechtigung eine alte Wohnung zu erhalten, um die sie sich gerade beworben hat) und ihr diese vorenthielten. Sie werde durch Geräte am ganzen Körper mit Strahlen beschossen, die ein Brennen verursachen würden. Durch einen Sender könne man ihre Gedanken lesen und nachts würden Gase in ihre Wohnung geleitet. Sie verbringe die Nächte auf dem letzten sicheren Platz, der ihr geblieben sei, einem Sessel, den sie in dem gekachelten Bad aufgestellt habe, denn durch die Kacheln gingen die Strahlen nicht durch. Sie könne sich auch

manchmal dadurch wehren, daß sie fest auf den Boden klopfe; und dann würde das Einleiten von Gasen nachlassen. Immer, wenn sie auf der Straße einen Mann aus dieser Gruppe erkenne und ihn fragen wolle, warum er das tue, verschwinde dieser spurlos. .

Bei der zweiten Untersuchung zog die Pat. inzwischen ein sechstes Mal in die schlichte Wohnung einer "asozialen" Siedlung um, und sie beschwert sich bitter über die Nachbarschaft, die ihr einen sexuell ausschweifenden Lebenswandel vorwerfe, obwohl man doch selbst nicht besser gewesen sei.

Kurioserweise lernt sie dort eine andere Patientin, Rosa W., kennen, die sie bedauert, da sie nicht richtig im Kopf sei, denn solche Belästigungen, wie Frau G. sie erlebe, die gebe es doch wohl in Wirklichkeit nicht. Sie ist eine typische, lebhaft Pyknika, und für ihre geistige Rüstigkeit ist bezeichnend, daß sie bei der ersten Untersuchung den Untersucher daran erinnern muß, daß er eine zur Prüfung der Merkfähigkeit vorgesagte Wortfolge bei Abschluß der Untersuchung noch nicht abgefragt habe.

Pat. Nr. 8

Hildegard D., 77 Jahre

Frau D. hat eine Rente von 202.--DM und zahlt 80.--DM Miete. Sie ist eine pyknoathletische, kontaktfähige, lebhaft Frau. Sie verwickelt den Untersucher gleich in ein tagespolitisches Thema und kritisiert geschickt dessen abweisende Haltung. Sie ist als Zeichnerin angelernt, arbeitet sehr gerne. Sie blieb immer ledig, da kein Mann fein genug für sie gewesen sei. Während der Erkrankung wechselt sie dreimal die Wohnung und setzt die Finanzierung durch die Behörden mit Bravour durch.

Zur Vorgeschichte ist erwähnenswert, daß sie mit elf Geschwistern aufwuchs, 1922 nach USA auswanderte, als Hausmädchen dort arbeitete und 1951 mit 58 Jahren zurückkehrte.

1957 sei sie nach Aussagen der Nachbarn wunderlich geworden. Sie klagt über Verfolgungen und Beobachtetwerden. Schließlich glaubt sie, daß die Vermieter sie aus der Wohnung treiben wollten, mit Nachschlüsseln in die Wohnung gingen und ihr die Kleider zerschnitten und Gift ausstreuten. Bekannt wird das durch eine Anzeige bei der Polizei. Bei der Untersuchung ist sie sehr lebhaft, kann mit Mühe im Rededrang unterbrochen werden und berichtet von diesen alten Verfolgungen, die nur von dem ersten Vermieter und ihren allein-stehenden weiblichen Nachbarn ausgegangen seien. Besonders diese seien alles alte verkappte "Huren", die ihr das Leben schwer machten. Außerdem würden dahinter die "Roten" stecken, die die Nachbarn unterstützen würden, so daß sie sie durch Krach und Strom nicht schlafen ließen und sie im Liegen Kreislaufstörungen habe.

Sie werde abgehört und empörenderweise von Stimmen verhöhnt und verspottet, die ihr einen unsittlichen Lebenswandel vorwürfen. Sie sei inzwischen soweit, daß sie sich beherrschen könne, da irgendwelche Meldungen bei Behörden und die Beschwerden bei den Nachbarn ihr nur Gelächter und Hohn einbrächten.

Pat. Nr. 9

Maria Rossina G., 81 Jahre

Frau G. ist wirtschaftlich sehr gut gestellt und wohnt in einer komfortablen 2-Zimmer Wohnung.

2 Jahre (1968) nach dem Tode ihres Mannes wird sie im Gesundheitsamt bekannt, sie hat sich an die Polizei um Hilfe gewandt und wird von dort ans Gesundheitsamt verwiesen. Wie von der Tochter zu erfahren ist, hat sich schon bald nach dem Tode des Mannes bei der Patientin ein sonderbares Benehmen eingestellt. Kurz vor dem Besuch beim Gesundheitsamt habe sie ein Gespräch mit der Mutter gehabt, die sie bedauert habe, da sie ständig von den Hausbewohnern vergewaltigt werde. Außerdem habe sich die Mutter beklagt, daß sie nachts durch Sirenen, die von den Hausbewohnern eingeschaltet würden, im Schlaf gestört werde. Dieser Wahn stützt sich wohl auf Halluzinationen, über die die Patientin bei späterer Gelegenheit berichtet.

1970 wendet sich Frau G. erneut an die Polizei, da sie angibt, bestohlen worden zu sein. Es wird nie klar, ob es sich um eine wirkliche Begebenheit handelt. Mit der Angabe des Diebstahls aber bringt sie die alten Wahninhalte erneut vor. Ihre Tochter werde im Haus gefangengehalten, vergewaltigt und gefoltert. Während einer Reise der Tochter ins Ausland beklagt sie sich darüber, daß diese ermordet worden sei. Sie sehe das an den Blutspuren, die sich noch an der Wohnungstür der Tochter fänden. Zugleich bezichtigt sie die weiblichen Hausbewohner der Prostitution, läuft ängstlich erregt in mangelhafter Kleidung im Haus umher, klopft an die Türen und beschimpft die Hausbewohner wegen Belästigungen.

Monate besteht diese starke Ausgestaltung des Wahnes und der sonstigen Symptome. Das führt schließlich zur Bestellung eines Pflegers.

Aus dieser Zeit lobt einer der Untersucher die geistige Beweglichkeit der Patientin trotz der starken Ausgestaltung der Wahnsymptomatik, umgebracht zu werden.

Die eher kleine, typisch lebendige Frau freut sich über den Besuch des Untersuchers und berichtet schon nach kurzem, einleitendem Gespräch über die genannten Geschehnisse. Sie schildert anschaulich, wie ihr Leben durch den Tod des Mannes quasi abgebrochen wurde und sie Schwierigkeiten hat, einen neuen Anfang zu finden. Auch die damals etwas häufigeren Besuche der Tochter habe sie kaum als Entlastung empfunden. Sie wisse genau, daß man es auf ihre Wohnung abgesehen habe, die sehr gut eingerichtet sei und gegen die Einfachheit der anderen Wohnungen deutlich absteche. Man habe es deshalb auf ihre Wohnung abgesehen, und es erstaune sie, daß der frisch verheiratete Sohn einer Hausbewohnerin sich inzwischen eine andere Wohnung gesucht habe, obwohl er doch ihre übernehmen wollte. Das habe sie deutlich aus Bemerkungen der Nachbarin, die sie zufällig belauscht habe, entnommen, nicht im genauen Wortlaut, aber man spüre doch so etwas sofort.

Auf die Frage nach ihrem Gesundheitszustand rühmt sie, daß sie munterer sei als manche jüngere Frau. Die Nachuntersuchung zeigt keine Änderung, außer daß sie nochmal spontan berichtet, daß sie sich jetzt über die Belästigungen hinwegsetzen könne und die beschimpfenden Stimmen, die auch ihr Tun kommentieren würden, sie nicht mehr stören würden.

Pat. Nr. 10

Rose D., 78 Jahre

Frau D. bezieht eine Rente von 120.-- DM und bekommt Sozialhilfe. Sie wohnt in einem schlechten Zimmer in einem Hinterhaus eines bürgerlichen Wohnblocks, der schon ziemlich abgewirtschaftet erscheint.

Im August 1957 wird zuerst auf Frl. D. aufmerksam gemacht, da Anzeige beim Ordnungsamt erfolgt, daß sie ihre Wohnung vernachlässige und auf unsaubere Weise Katzen halte. Der die Anzeige aufnehmende Beamte bemerkt dazu, daß die Nachbarn wohl das Ziel hätten, sie aus dem Zimmer zu vertreiben. Die besuchende Fürsorgerin findet ihr Zimmer zwar in schlechtem und unaufgeräumtem Zustand vor, und der Katzenabort ist wirklich ungepflegt, gleichzeitig lobt sie aber die Lebendigkeit und geistige Frische der Patientin.

Im Januar 1958 wendet sich dann die Pat. spontan ans Gesundheitsamt, da sie durch Karbolgeruch und Schimpfereien der Nachbarn belästigt werde. Außerdem werde sie beobachtet, und auf unerklärliche Weise wisse man alles, was sie tue und denke. Sie berichtet, daß sie die letzten Nächte nur noch im Keller geschlafen habe, weil sie sich dort am sichersten fühle. Ein Hausbesuch bringt etwas Beruhigung. Im gleichen Jahre schreibt sie an den Bundespräsidenten und bittet um Hilfe gegen die Belästigungen. Aus den Aktennotizen späterer Besuche wird deutlich, daß der Wahn an Intensität abnimmt. Bei einer Untersuchung zur Frage einer gerichtlichen Unterbringung lobt der Untersucher ihre körperliche und geistige Rüstigkeit und weist eine Gefährdung weit zurück.

Die im ganzen eher pyknische Patientin weist daneben sehr breite Schultern und einen groben Knochenbau auf. Sie nimmt lebendig am Weltgeschehen teil und zeigt sich wohl informiert. Sie kauft regelmäßig eine Tageszeitung und hört besonders gern politische Radiosendungen. Bereitwillig berichtet sie von dem Wahn, aber auch davon, daß es in den letzten Jahren weniger geworden sei, auch daß es sie nicht mehr so quäle, daß sie ständig beobachtet werde, und die Stimmen, in denen sie Nachbarn erkenne, seien in ihrem Inhalt zahmer geworden.

Sie schildert sich als schon immer zurückgezogen lebend. Sie habe kein ausgeprägtes Durchsetzungsvermögen, sei deshalb auch allein geblieben und habe nicht geheiratet. Das störe eigentlich erst im Alter.

Wenige Tage vor der zweiten Untersuchung erkrankte die Patientin und mußte im Krankenhaus besucht werden. Dabei berichtet sie, daß sie sich erkältet habe (wegen einer starken Bronchitis wurde sie eingewiesen), da sie wegen eines Senders, der im Kamin angebracht worden sei, nicht mehr habe heizen können. Sie sei deshalb in dem Winterwetter fast den ganzen Tag und Teile der Nacht draußen unterwegs gewesen. So habe sie den Belästigungen entfliehen wollen.

Bei einem Anruf im Krankenhaus 4 Wochen später war zu erfahren, daß die Patientin eine Lungenentzündung ausgebildet hatte und daran gestorben war.

Pat. Nr. 11

Elisabeth G., 80 Jahre

Sie lebt in ärmlichen Verhältnissen und verzichtet auf Sozialhilfe, da von der "Wohlfahrt zu leben" nicht standesgemäß sei. Aus der Vorgeschichte wichtig erscheint, daß ihr Mann Holzbildhauer und Reproduktionsfotograf war, sie aus Österreich stammt und ihre zwei Kinder als Kleinkinder starben. Ihr Mann starb 1956 nach kurzer Krankheit. Besonders erwähnt sie, daß sie konfessionslos sei.

Im März 1957, bald nach dem Tode des Mannes, klagt sie über Geruchsbelästigungen durch Rauch. Sie bezeichnet das als Schikane, die ihre Hauseigentümerin gegen sie richte, um sie aus der Wohnung zu treiben. Von den Nachbarn ist zu erfahren, daß sie dann nachts unruhig werde, schimpfe und gegen die Wände klopfe, um sich gegen Lärmbelästigungen zur Wehr zu setzen. Bald beschuldigt sie die Hauseigentümerin, sie zu bestehlen, ihr Geschirr anzuschlagen und weist dabei normale Verschleißspuren vor. Im Mai 1957 zieht sie um, wie sie sagt, um sich zu retten.

In der neuen Wohnung wird sie schon 3 Monate später wieder auffällig. Sie wohnt dort über der Werkstatt eines Schuhmachers und beklagt sich, daß dort nachts Maschinen laufen, Sektkorken knallen, Tanzereien stattfinden. Außerdem dringe wieder jemand in ihre Wohnung ein. Sie wehrt sich unter anderem gegen die Belästigungen, indem sie Wasser durch den Holzboden ihrer Wohnung in die Werkstatt laufen läßt.

Genau 1 Jahr später richtet sie ein Schreiben an die Polizei, in dem sie sich wieder über Geruchsbelästigungen beschwert.

Bei einem Besuch im Gesundheitsamt wird vom Untersucher vermerkt, daß der Wahn ohne die frühere Einsatzfreudigkeit und den Nachdruck vertreten werde.

Zusammenfassend wird dabei noch einmal auf Halluzinationen, Gedankenausbreitung hingewiesen.

Die kleine pyknische Patientin ist bei der Untersuchung lebhaft, reißt die Führung des Gespräches bald an sich und berichtet über ihre Wahninhalte eher so, als seien es Geschichten, die jemand anderes erlebt habe. Sie habe sich jetzt damit abgefunden, besonders seien die Stimmen nicht mehr so unangenehm, nur noch das nächtliche Lärmen störe ihren Schlaf. Unter anderem berichtet sie von alten Erlebnissen, es sei zeitweise so schlimm gewesen, daß man sie nachts mit Strahlen sexuell belästigt habe. Sie ist nicht bereit, Näheres zu erzählen, da es so intime und unanständige Dinge seien.

Bei dem Versuch einer zweiten Untersuchung wird vom Hauseigentümer erfahren, daß sie wieder stärker nachts gelärmt habe und plötzlich ausgezogen sei. Ihre neue Wohnung kann nicht ausfindig gemacht werden.

Pat. Nr. 12

Maria D., 73 Jahre

Die Patientin bezieht eine Rente von 205.--DM und bekommt Mietzuschuß. Nach kurzem Mißtrauen berichtet die zierliche Frau bereitwillig und voller Empörung, daß seit 1960 in ihr Zimmer eingebrochen werde, dahinter ständen ihre Nachbarn und ihr ehemaliger Arbeitgeber. Sie würden ihr Bettwäsche und Geld stehlen. Außerdem würden schmutzige alte Kleidungsstücke in ihr Zimmer geworfen, und man habe ihr sogar 10 Zentner Kohlen gestohlen. Aus all dem entnehme sie, daß entsprechend ihrer Bedeutung (sie erklärt das leider nicht) ihr das Gebäude gehöre, das eine Folterkammer enthalte. Damals sei es mit den Belästigungen ganz schlimm gewesen. Aggregate seien durch ihren Körper geblitzt, sie sei gefoltert worden, man habe versucht, ihre Zimmerwand einzubrechen, und sie habe auf dem Speicher Bomben entdeckt. Andeutungsweise berichtet sie religiöse Inhalte, wenn sie nebenbei erwähnt, daß es wohl erste Zeichen für den Weltuntergang seien: Vielleicht sei schon das jüngste Gericht im Gang, und sie werde wegen ihrer Frömmigkeit gefoltert.

Bei der Untersuchung berichtet sie bereitwillig mit bedeutungsvollem Unterton, wie sie belästigt werde. Sie weist beschädigtes Geschirr vor, zeigt Einbruchsspuren an Schlössern und erklärt die Sicherheitsmaßnahmen, mit denen sie ihre Werte und Papiere schütze. Die schlimmen Dinge mit den leiblichen Beeinflussungen und den Folterungen tut sie mit einer Handbewegung ab: das war früher, das ist, Gott sei Dank, vorbei.

Nach Stimmen befragt, wird sie verschlossen und ablehnend, berichtet aber, daß man es schon verstanden habe, ihre Gedanken zu beeinflussen, und sie sagt dann

wörtlich:" Das ist schrecklich, solche Sachen, daran habe ich früher nie gedacht. Das verbot mir meine Erziehung."

Sonst berichtet sie, daß sie sich wenig für Politik interessiere aber sehr für den Adel, besonders für unsere großherzogliche Familie. Dabei fällt besonders ihre geistige, bewegliche, rege Art auf, die aber mehr nach innen gerichtet ist, ohne Hang zur Kontaktaufnahme und Geselligkeit.

Pat. Nr. 13

Josefa R., 71 Jahre

Frau R. ist finanziell sehr gut gestellt und wohnt in einem gut gepflegten Bürgerhaus. Die Patientin wird 1960 beim Gesundheitsamt bekannt. Sie hat sich an die Polizei um Hilfe gewandt, nachdem sie schon einen Elektriker beauftragt hat, ihre Wohnung auf Strom zu untersuchen. Dem Gesundheitsamt berichtet sie, durch Starkstrom so beeinträchtigt zu werden, daß sie die Wohnung verlassen müsse. Die Strahlen kämen aus der Wohnung über ihr und füllten die ganze Wohnung aus, so daß sie in ihrer Beweglichkeit beeinträchtigt sei. Unangenehm und schrecklich für eine Witwe sei besonders, daß sie in ihr Geschlechtsteil eindringen.

Fünf Monate später sind die Belästigungen so stark, daß sie zu ihren Verwandten nach Münster reist und sich dort in ein Krankenhaus begibt. Es wird ihr dort ein altes Uterusmyom entfernt, eine Operation, die ihr schon lange vorgeschlagen wurde. Sie berichtet, daß im Krankenhaus die Ärzte die Strahlen langsam abgestellt hätten. Zurückgekehrt beklagt sie sich schon wenige Tage später beim Gesundheitsamt, daß es ärger als zuvor sei, daß das doch etwas zu bedeuten haben müsse, daß sie vielleicht im Besitz eines Geheimnisses sei, und besonders schlimm sei, daß man sie beschimpfe. Die Beschimpfungen kämen von Stimmen, die in ihrem Kopfe seien, so als würden Gedanken laut, gar keine richtigen Stimmen. Bei der Untersuchung berichtet sie, daß diese Belästigungen in wechselnder Stärke die ganzen Jahre angehalten hätten. Sie habe jetzt aber gelernt, etwas besser damit umzugehen, und zum Beispiel schütze sie sich gegen die "geschlechtlichen Belästigungen" so, daß sie einen Gummischlüpfer anziehe und sich zum Schlafen in Gummitücher hülle.

Nur 1962 sei es so schlimm gewesen, daß sie nur außerhalb der Wohnung habe schlafen können, im Treppenhaus oder Keller, und sie berichtet von ihren Verfolgern, daß diese die Tätigkeit ihrer Blase regeln würden, so daß sie ihr nicht mehr gehorche. Sie sei in dieser Zeit in urologischer Behandlung gewesen, habe das aber dem Arzt wegen früherer schlechter Erfahrungen nicht gesagt.

Wie aus den Akten ersichtlich- die Patientin spricht nicht gern darüber - wird sie im Mai 1972 untergebracht, da es den Hausbewohnern gelingt, sie sonntags durch die Polizei abholen zu lassen, nachdem die Pat. Drohungen gegen die Nachbarn ausgestoßen hat. In der Klinik sind, wie aus den Akten ersichtlich, keine Beeinträchtigungen vorhanden, sondern nur anamnestische Angaben zu erfahren. So erfolgt bald die Entlassung, aber schon 2 Monate nach der Entlassung sind die alten Inhalte wieder da trotz zeitweiser fachärztlicher Behandlung. Bis zur Untersuchung gab es wohl nur geringe Verschlimmerungen, während denen es der Pat. gelingt, der Belästigungen Herr zu werden, ohne daß die Nachbarschaft sehr belästigt wird. Ganz freimütig berichtet sie, daß sie eigentlich schon immer etwas eigenbrötlerisch gewesen sei, daß sie auch mit ihrem Mann nie einen großen Freundeskreis unterhalten habe, daß sie dadurch aber nach dem Tode des Mannes sehr allein gestanden habe.

Pat. Nr. 14

Hermine P., 88 Jahre

Die Patientin ist finanziell ausreichend versorgt, da der Mann Amtsgerichtsrat gewesen ist. Sie selbst stammt aus der Nähe von Hildesheim, das Einleben hier in der Gegend sei ihr wegen ihrer lebendigen, aufgeschlossenen Art nicht schwer gefallen. Sie sei 1956 umgesiedelt, weil eine Freundin hier wohnte, mit der sie dann aber kaum Kontakt unterhielt.

Frau P. tritt 1959 erstmals beim Gesundheitsamt in Erscheinung, weil sie eine Klage gegen den über ihr wohnenden Nachbarn angestrebt hat. Aus den Akten wird deutlich, daß ein ähnlicher Fall wohl in ihrem früheren Wohnort Hannover auch schon vorgekommen ist.

Inhalt der Klage ist, daß der Nachbar nachts einen fürchterlichen Lärm veranstalte, mit schweren Hämmern auf den Boden schlage, umherspringe, laut rede und ihr Wasser anzapfe, so daß sie hohe Wasserrechnungen habe.

Ein abschlägiger Bescheid der Klage führt zu einer Gegenklage ihres Nachbarn, den sie im Wortwechsel dreier Meineide beschuldigt hat.

In Briefen und Reden beschuldigt sie die Justiz der Parteilichkeit. Diese Briefe sind stilistisch in Ordnung, der Inhalt deutet auf eine Ideenflut, ohne Hinweise für Zerfahrenheit oder Merkschwäche.

Zu Beginn des Jahres 1960 nimmt das wahnhafte Verhalten so zu, daß eine polizeiliche Vorführung zur fachärztlichen Untersuchung angeordnet wird. Das führt zu einem erbitterten Schriftwechsel.

Ein Hausbesuch ermöglicht schließlich die Untersuchung. Als Ergebnis ist festgehalten: Frau P. ist eine rüstige, intellektuell nicht demente, wohl orientierte, geistig lebendige 78 jährige mit einem Wahn, der sich auf Belästigungen durch die Nachbarn bezieht. In ihren Schilderungen werden noch akustische Halluzinationen angegeben.

Auf diese Lärmbelästigungen antwortet sie in der unerschütterlichen Überzeugung, im Recht zu sein, gleichfalls mit Lärm. In der Hauptsache geschieht das nachts. 1972 bei einem Besuch im Gesundheitsamt berichtet sie schließlich von Stimmen, die Macht über sie hätten. Der Untersucher lobt wieder ihre Schlagfertigkeit, geistige Frische und körperliche Rüstigkeit. Im Oktober 1961 wird sie schließlich aus ihrer Wohnung geklagt und in ein Altersheim gebracht.

Vor der Untersuchung besteht Gelegenheit mit ihrem Pfleger zu sprechen, der Rechtsanwalt ist und nach ihrer eigenen Aussage ihr Geld verwaltet. Er berichtet, seine Klientin sei immer sehr aktiv und lebendig gewesen, habe ein ausreichendes Auskommen und Verwandte in Norddeutschland, mit denen kein Kontakt mehr bestehe.

Bei der Untersuchung berichtet die gedrungene, pykno-athletische Pat. in aufgeschlossener und lebendiger Art, daß sie nach dem Tode ihres Mannes 1938 langsam immer mehr vereinsamt sei. Etwa 10 Jahre später seien schließlich von all ihren Freunden nur noch wenige am Leben gewesen. Sie habe dann in ihrem früheren Wohnort etwas Schreckliches mit einem Untermieter erlebt, und sie sei deshalb aus der Gegend weggegangen und hierher gekommen.

Freimütig berichtet sie dann von den Verfolgungen, winkt ab, als man auf die Stimmen zu sprechen kommt, das lohne sich nicht mehr zu erwähnen, das sei gar nicht mehr so schlimm. Früher habe sie besonders gestört, daß man sie beobachtet habe, aber seit sie nicht mehr darauf achte, sei es deutlich weniger geworden. Sie ist kulturell sehr interessiert und besucht eigentlich erst in der letzten Zeit weniger Theater und Konzerte. Sie verkehre eigentlich nur mit einer Nachbarfamilie, sei aber noch nie in deren Wohnung gewesen.

Pat. Nr. 15

Anna F., 76 Jahre

Frau F. ist ganz auf Sozialhilfe angewiesen und lebt in einfachen Verhältnissen als Untermieterin in einer großen Wohnung, in der noch weitere Parteien wohnen. Die Toilette ist außerhalb der Wohnung und muß mit mehreren geteilt werden.

1962 wird sie im Gesundheitsamt aktenkundig, weil sie einen Hausbewohner schlägt, dieser Anzeige bei der Polizei erstattet und eine psychiatrische Untersuchung gefordert wird. Bei einem Hausbesuch wird ihr sauberes und ordentliches Zimmer gelobt, in der Wohnung finden sich überall besondere Diebstahlsicherungen, da sie sich beklagt, daß man sie bestehle, z.B. würden Konserven fehlen, ihr Geld und Kohlen würden gestohlen. Nachts klopfe man an ihre Tür, daß sie nicht schlafen könne. Sie sei der Ansicht, daß das geschehe, um sie aus dem Zimmer zu vertreiben. Sie sei aber hartnäckig und werde nicht so leicht nachgeben.

1969 erfolgt erneute Vorstellung im Gesundheitsamt. Der Untersucher lobt die für eine 74jährige sehr rüstige und geistig bewegliche Art. Sie berichtet weiterhin, von ihrer inzwischen körperlich ganz hinfälligen 85jährigen Vermieterin bestohlen und belauert zu werden. Besonders auf ihre Kohlen habe man es abgesehen, und sie würde deshalb ständig unter Beobachtung stehen.

Bei der Untersuchung ein Jahr später, berichtet die athletisch gebaute, kleine Pat. lebhaft von ihrem Leben, sie stricke Binden für Missionsärzte, höre viel Radio und bedaure, sich keine Zeitung halten zu können.

Sie sei immer sehr aktiv und lebendig gewesen, so habe sie auch nicht geheiratet, da sie sehr gut für sich habe sorgen können. Allerdings habe sie keinen Beruf gelernt, habe früher im Haushalt gearbeitet und deshalb keine ausreichende Altersversorgung. Ihre Untermieterin sei inzwischen in einem Pflegeheim, und damit seien die Belästigungen auch weniger geworden. Sie sei zwar etwas erstaunt, daß das garnicht aufhöre, aber bedeutungsvoll nickend neigt sie sich zum Untersucher und sagt, daß es wohl besondere Gründe haben werde. Ganz nebenbei berichtet sie dann auch, daß sie Stimmen höre, die aber eigentlich nicht lästig seien, sondern mit denen könne sie diskutieren, und besonders müsse sie ihr tägliches Tun rechtfertigen.

Pat. Nr. 16

Frieda H., 73 Jahre

Die Patientin lebt in guten Verhältnissen in der Mansarde eines eigenen Mietshauses.

Bei der Untersuchung berichtet sie, Handelsschullehrerin gewesen zu sein, mit ihrem Manne eine staatlich anerkannte private Handelsschule betrieben zu haben, die sie 1959 verkaufen mußte, da die dort mitarbeitende Tochter und der Schwiegersohn aus Gesundheitsgründen ausscheiden mußten.

Nach so einem tätigen Leben habe sie nicht herum-sitzen wollen und habe deshalb in ihrer aktiven Art eine Freundin in Amerika besucht. Das sei nicht erfreulich gewesen. Sie sei dort von ihrer Freundin im Stich gelassen worden und habe deshalb als Haushaltshilfe gearbeitet, da sie auch direkt nicht wieder in die Heimat zurückkehren wollte. Nach etwa 9 Monaten zurückgekehrt, habe sie sich plötzlich von Tochter und Schwiegersohn vergiftet gefühlt und habe oft kaum mit ihnen gesprochen. Manchmal beschimpfe sie die Tochter in solchen Zeiten und reise dann plötzlich ohne Angabe von Gründen ab. Sie selbst berichtet dazu, sie habe Angst vor Gasbomben, da die fünfte Kolonne sie verfolge, deshalb müsse sie auch immer ein Messer in der Handtasche mit sich tragen. Sie wisse das alles durch ihre Stimmen. Mehr ist dazu von ihr selbst nicht zu erfahren. Die genannten fremdanamnesticen Angaben über ihr Verhalten in Deutschland können durch die Tochter ergänzt werden, da sie allen Briefwechsel aufgehoben hat. So zeigt sich, daß die ersten Briefe von der Amerikafahrt, die noch vom Schiff stammen, völlig normal sind.

Im dritten Brief berichtet sie dann plötzlich von geheimnisvollen Dingen, die schon im letzten Teil der Schiffsreise begonnen hätten, und immer wieder tauchen in den letzten Briefen Hinweise daraufhin auf. Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild: Der Kapitän habe ein gestörtes Verhältnis zu Frauen, er ließe ihnen deshalb die Hände abhacken. Der Kapellmeister habe sich in sie verliebt und wolle sie heiraten. Er habe zwar Liebesbriefe geschrieben, ihr diese aber nicht ausgehändigt. Einmal berichtet sie fassungslos von verschiedenen Verfolgungen, die so schlimm seien, daß sie den Eindruck habe, alles geträumt zu haben. In den letzten Briefen aus Amerika berichtet sie dann von Stimmen, es müsse wohl der Kapitän sein und eine unbekannte Frauenstimme, die sie stark belästigen, ihr unanständige Dinge sagen und immer schon im voraus wüßten, was sie denken wolle.

Während der Untersuchung ist es nicht möglich, eingehender über die Erlebnisse der Amerikareise und der Belästigungen in Deutschland zu sprechen. Sonst berichtet sie aber lebhaft von ihren Unternehmungen, sie habe sich durch den Verkauf der Schule so einsam gefühlt, sie sei doch gewohnt gewesen, immer mit Menschen umzugehen. Das Verhältnis zu ihrer Tochter sei schon immer etwas gestört gewesen, wenn man gemeinsam arbeite, bleibe das wohl nicht aus. Sonst ist sie unternehmend, vertritt eine feste politische Meinung, lobt zum Beispiel die Demokratie. Sie habe aus diesen demokratischen Grundsätzen auch einer verfemten rechtsradikalen Partei eine Wohnung in ihrem Hause als Geschäftsstelle vermietet. Von ihrer Statur her ist sie sehr groß und athletisch gebaut.

Pat. Nr. 17

Luise B., 79 Jahre

Die Patientin ist finanziell ausreichend versorgt, sie lebt in einer Hinterhausmansarde und muß ihr WC mit anderen teilen. Sie stammt aus Pommern, verwitwete 1960, hat eine geschiedene Tochter in Wiesbaden, mit der sie wenig Kontakt hat.

Im November 1961 erscheint sie erstmals auf dem zuständigen Polizeirevier und macht folgende Angaben: Ein Nachbar dringe bei ihr ein, er schaffe das trotz mehrmaliger Erneuerungen der Schlösser. Er spritze eine Flüssigkeit in die Wohnung (bei der Untersuchung zeigt sie Fliegenkotspuren) und bestehle sie. Die Nachforschungen des Polizeireviers ergeben, daß sie nachts ruft, klopft und schimpft, um sich gegen angebliche Lärmbelästigungen zu wehren. Nachts sei sie einmal mit ihrem Bettzeug unter dem Arm angetroffen worden, um es zur Reinigung zu bringen, weil es vergiftet sei. Sie könne es nicht länger in der Wohnung lassen, und deshalb eile es. Von den Nachbarn werden Klagen geführt, daß sie am Fenster stehe und laut bete. Unterwegs beobachte man, wie sie manchmal stehen bleibe, Selbstgespräche führe, auch Passanten anspreche, um sie in ihre Wohnung einzuladen.

Innerhalb von 4 Jahren kommt es aufgrund ihres Verhaltens immer wieder zu Schwierigkeiten mit den Nachbarn. Beim nahegelegenen Polizeirevier ist sie bestens bekannt, unter anderem berichtet sie dort empört, daß Tote im Keller lägen und daß wegen dieser Umtriebe schon Bismarck und Hindenburg Ermittlungen angestellt hätten.

Bei der Untersuchung gelingt es nur schwer, mit der großen und kräftig gebauten Pat. Kontakt aufzunehmen.

Sie selbst schildert sich auch als zurückgezogen lebend, eher mißtrauisch und kontaktarm. Mit ihrer Tochter habe sie ganz selten einmal Kontakt, eigentlich nur an den Festtagen. Im Gespräch begründet sie die Nachstellungen gegen sich so, daß man neidisch auf sie sei, etwa in der Art, daß diese Prinzessin sich ja alles leisten könne. Sie höre die Stimmen zweier Leute, die miteinander über sie berieten. Das findet sie eigentlich selbstverständlich und kaum verwunderlich, sie ist dadurch auch nicht wesentlich beeinträchtigt. Empört berichtet sie dann aber über die schrecklichen Dinge, die im Haus stattfänden, nur durch nächtliches Lärmen könne sie sich vor den sexuellen Ausschweifungen im Hause schützen, ihr, einer anständig erzogenen Frau, mute man so etwas zu. Manchmal helfe auch, wenn sie laut bete, und sie könne diesen schrecklichen Menschen damit manchmal "die Suppe versalzen".

Pat. Nr. 18

Luise Sch., 86 Jahre

Frau Sch. ist geboren in Württemberg in ländlicher Gegend, ist mit ihrem Mann nach Wiesbaden gekommen und lebt sich nur schwer hier ein. Finanziell ist sie ausreichend versorgt. Seit Anfang der 60iger Jahre ist sie dem Gesundheitsamt bekannt, da dort Nachricht vom Ordnungsamt einging, Frau Sch. fühle sich verfolgt. Es habe begonnen mit kleinen Diebstählen, die sie bemerkte, und die, wie sie vermutete, von einer Nachbarin begangen wurden. Später sei diese mit Nachschlüsseln in ihr Zimmer eingedrungen, beschädige Sachen, spritze Pflanzenschutzmittel herum und mache Unordnung. Das habe dazu geführt, daß ihre Tochter, die nicht bei ihr wohnt, einen Herzschlag erlitt. Schließlich wird die Pat. tätlich gegen die Nachbarin, was zu einer Untersuchung im Gesundheitsamt führt. Vom Untersucher und den Fürsorgerinnen wird die Rüstigkeit und Frische der Patientin gelobt. Durch ständige Ermahnungen und gelinden Druck kann sie soweit gebracht werden, ihren Wahn zurückzuhalten. Ende der 60iger Jahre klagt sie weiter über Vergiftungen, daß sie mit Strahlen auch sexuell belästigt werde und daß sie es bald nicht mehr aushalte. Im Juli 1967 zieht sie dann tatsächlich von ihrer alten Wohnung in ein Altersheim. Schon wenige Monate später ist sie dort nicht mehr tragbar, da sie sich auch dort beeinträchtigt fühle und dagegen räsonniere. Sie beklagt sich dort, daß sie verleumdet werde, ihre Brötchen angebissen würden und man sie überhaupt schlecht behandle. Deshalb verläßt sie knapp ein Jahr später das Heim und zieht in ein Einzelzimmer. Schon 2 Monate später klagt sie am Gesundheitsamt wieder über Verfolgungen

und beschuldigt ihre Vermieterin, von der sie teilweise versorgt wird, ihr Gift ins Essen getan zu haben. Gleichzeitig tritt nächtliche Unruhe auf, in der sie lärmt und schimpft.

Bei der Untersuchung können die alten Inhalte wieder gefunden werden. Die Beschimpfungen fänden von Stimmen statt, die sie hört und die dazu ihren Kommentar gäben. Sie ist eine sthenische, eigenwillige und rechthaberische Person, die ihren Unwillen über Dinge, die ihr nicht passen, sofort zeigt.

Pat. Nr. 19

Lucie A., 68 Jahre

Die Patientin bezieht eine gute Rente und zahlt 150.--DM Miete für eine 2-Zimmer-Sozialwohnung, die sehr gut eingerichtet ist. Sie ist eine 68jährige große, gepflegte Frau von imposanter Erscheinung.

1967 wendet sich die Schwester der Patientin an das Gesundheitsamt und meldet Belästigungen, von denen ihre Schwester ihr erzähle, die in großem Lärm bestünden, so daß sie nicht schlafen könne und ihr Gesundheitszustand beeinträchtigt sei. Als sie schließlich selbst im Gesundheitsamt erscheint, verriet sie erst im längeren Gespräch einen Beeinträchtigungswahn, der wohl seit Mitte 1966 besteht. Sie höre nachts Geräusche aus dem Stockwerk unter sich, die sich wie das Laufen einer Waschmaschine oder Trommel anhörten und nur auftreten würden, wenn sie allein sei. Wehre sie sich dagegen, leite man parfümierte Dämpfe in die Wohnung oder erzeuge Bratenduft, den sie nicht gut vertrage.

Bei der Untersuchung ist sie inzwischen umgezogen, um den Beeinträchtigungen zu entgehen. Sichtlich erleichtert, daß sie einmal darüber sprechen kann, berichtet sie von den Belästigungen: Man beobachte sie ständig, zum Beispiel habe sie die Rolläden halb geschlossen, damit man von außen nicht in die Wohnung schauen könne. Trotzdem könne man auf geheimnisvolle Weise ihre Gedanken lesen und wisse so immer, was sie tun wolle. Sie habe den vagen Verdacht, daß dahinter ihre alte Vermieterin stehe.

Sie sei früher selbständige Schneiderin und zuletzt als Beschließerin in einem Hotel tätig gewesen.

Sie stamme aus guten Verhältnissen, und das Wohnen in einer Sozialwohnung bedeutet für sie schon einen Abstieg: "Das hätte unser Vater sehen sollen!"

Sie wirkt außerordentlich rüstig, zeigt stolz Wanderplaketten von Volksmärschen. Bezeichnenderweise sagt sie im Gespräch, daß sie dort so gern mitmache, weil man keine festen Kontakte knüpfen müsse. Sie berichtet davon, schon zweimal umgezogen zu sein, um den Belästigungen zu entgehen, enthüllt dann, in ihrer Wohnung sei ein ehemaliger SS-Mann, der der Verfolger gewesen sei.

Sie schildert sich als zurückgezogen lebend, kontaktarm und etwas eigenbrödlerisch. Über die Gründe für ihre Ehelosigkeit will sie nicht sprechen. Sie habe als einzigen Kontakt eine nette Familie im Hause und ihre Schwester. Sie besuchen sich regelmäßig. Leider könne sie über die Belästigungen mit ihrer Schwester nicht oft frei reden, da diese auch so stark dadurch belastet werde.

Pat. Nr. 20

Philipp N., 79 Jahre

Der Patient ist finanziell sehr gut gestellt, er unterhält bis zu seinem Tode einen kleinen Laden. Er stirbt 85jährig kurz vor der zweiten Untersuchung 1971.

Eineinhalb Jahre bevor er dem Gesundheitsamt bekannt wird, stirbt seine Frau. 1960 klagt er sich beim Gesundheitsamt darüber, daß er durch Lärm von den Nachbarn zu Tode gebracht werden und aus seiner Wohnung vertrieben werden solle. Besonders die über ihm wohnende Familie beschuldigt er. In kurzer Zeit nimmt der Wahn durch Geräusch- und Geruchshalluzinationen genährt so zu, daß er dauernd die Polizei ruft und Eingaben an die Behörden macht. Darin berichtet er, er werde durch Signale zum Essen gezwungen, und dabei würden durch die Decke von den Nachbarn Gifte in sein Essen gespritzt. Durch Apparate, deren Funktion er nicht kenne, werde er beobachtet und beeinflußt in seinem Tun. Von allen Untersuchern, der Polizei und den Fürsorgerinnen wird sein fehlender Intelligenzabbau und die körperliche Rüstigkeit hervorgehoben. Erst kurz vor seinem Tode mit 85 Jahren wird er durch einen Sturz krankenhausbearbeitungsbedürftig, allerdings verhindert sein Wahn, bei insgesamt euphorischer Grundstimmung eine Einweisung. So stirbt er wohl an Lungenembolie, von einer Hausgehilfin notdürftig versorgt, in seiner Wohnung. Noch 2 Monate vor seinem Tode stellt ein Untersucher fest, es bestünden keine Zeichen für einen dementiven Abbau. Der typisch pyknische kleine Mann beschreibt sich als gesellig und aktiv.

Über die Inhalte seines Wahns kann man leider keine Aussage machen, allerdings beklagt er sich in vehementer Weise über seine Nachbarn, die ihn so schlimm bedrängen würden.

LITERATURVERZEICHNIS

BAYER, W.V. von:

Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie.
Nervenarzt 26, 369 (1955)

BERGER, H.:

Klinische Beiträge zur Paranoiafrage.
M schr. Psychiatr. 130. 257 (1955)

BERNER, P.:

Das paranoische Syndrom. Klinisch experimentelle
Untersuchungen zum Problem der fixierten Wahnbildungen.
Berlin, Heidelberg: Springer 1965

BILZ, R.

- Die unbewältigte Vergangenheit des Menschengeschlechts.
Frankfurt/M.: Suhrkamp 1967

- Psychotische Umwelt

Stuttgart: Enke 1962

- Trinker. Eine Untersuchung über das Erleben und
Verhalten der Alkoholhalluzinanten.

Stuttgart: Enke 1959

BISCHOF, G.:

Die erblichen Beziehungen der Psychosen des
Rückbildungsalters.

Z. Neur. 167, 105 (1939)

BLEULER, M.:

Die spätschizophrenen Krankheitsbilder.

Fortschr. Neurolog. Psychiat. 15, 259 (1943)

BONHOEFFER, K.:

Die exogenen Reaktionstypen.

Arch. Psychiat. Nervenkr. 58, 58 (1917)

BOSTROEM, A.:

Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild.

Arch. Psychiat. Nervenkr. 107, 155 (1938)

BROMLEY, D.B. (früher Livesley):

The psychology and science of human ageing.

Hormensworth 1974

BRONISCH, F.W.:

Die psychischen Störungen des älteren Menschen.

Klinik, Differentialdiagnose und Therapie.

Stuttgart:Enke 1962

- Vorzeitige Versagenszustände

Wiener Med. Wochenschrift 118, 983 (1968)

DAYTON, N.A.:

New facts on mental disorder: Marriage and mental disorders.

New York: Springer 1940

FISH, F.:

Senile Schizophrenie.

J. ment. sci. 106, 938 (1960)

GAUPP, R.:

Die Klassifikation der Psychosen.

Z. Neur. 28, 292 (1915)

GERFELDT, E.:

Die Aufgaben der Geriatrie in der modernen
Industriegesellschaft.

Th.d. Gegenw. 113, 1325 (1974)

GLATZEL, J.:

Zum Problem des Endogenen bei depressiven Psychosen
jenseits der Lebensmitte.

Drittes Weinsberger Kolloquium (1971)

GRIESINGER, W.:

Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.

Stuttgart: Körner 1845

GROB, F.R.:

Nachbarschaftskonflikte im Spiegel der Psychose .

Psychiat., Neurol., und med. Psychol. 20, 90 (1968)

GRÜNTAL, E., KUHN, R.:

Klinisch-pathologische Untersuchungen einer besonderen
Form von perniziöser organischer Psychose.

M Schr. Psychiat.Neurol. 137, 1 (1954)

HAASE, H.J.:

Die Erforschung der Ätiologie der Schizophrenien.

Med. Klinik 53, 315 (1958)

- Zum Verständnis paranoider und paranoid-halluzi-
natorischer Psychosen am Beispiel alleinstehender Frauen.
Nervenarzt 34, 315 (1963)

HEINRICH, K.:

Zur Bedeutung der Stammesgeschichte des menschlichen Erlebens und Verhaltens für Neurologie u. Psychopathologie. Homo, 16, 65 (1965)

HOFF, H.:

Die pathologische Dekompensation des Alterungsprozesses. Hrsg: DOBERAUER, K.: Medizinische und soziale Altersprobleme. Wien: Ges. zur Förderung wiss. Forschung 1958

HUBER, G., et al.:

Schizophrene Psychosen der 2. Lebenshälfte Med. Welt 28, 166 (1977)

JANZARIK, W.:

Die pathogenetische Rolle der Situation im Vorfeld schizophrener Psychosen.

Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica 19, No 3 (1965)

- Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung.

Arch. f. Psychiat. u. Neurol. 202, 65 (1961)

- Schizophrene Verläufe, eine strukturdynamische Interpretation.

Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1968

- Alte Schizophrene - Altersschizophrenien - Kontaktmangel-paranoid des höheren Lebensalters

Janssen Symposien 5, 47 (1971)

- Über das Kontaktmangelparanoid des höheren Alters und den Syndromcharakter schizophrenen Krankseins

Nervenarzt, 44, 115 (1973)

- Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter.

Nervenarzt 12, 535 (1957)

JASPERS, K.:

Allgemeine Psychopathologie.

Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1965

KALLMAN, F.J.:

Genetic aspects of mental disorders in later life.

Hrsg: KAPLAN, O.J.: Mental disorders in later life.

Stanford 1956

KIELHOLZ, P.:

Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder.

Basel: Karger 1959

KISKER, K.P., STRÖZEL, L.:

Soziologisch- psychologische Voraussetzungen und methodische Probleme einer psychiatrischen Familienforschung.

Fortschr. Neurol. Psychiat. 29, 477 (1961)

KLAGES, W.:

Die Spätschizophrenie

Stuttgart: Enke 1961

KLEIST, K.:

Die Involutionssparanoia.

Allg. Z. Psychiatrie 70, 1 (1913)

KNOLL, H.:

Wahnbildende Psychosen der Zeit des Klimakteriums und der Involution in klinischer und genealogischer Sicht.

Arch. Psychiat. u.Z. Neurol. 189, 59 (1952)

KOLLE, K.:

Die primäre Verrücktheit.

Leipzig: Barth 1931

KRAEPELIN, E.:

Psychiatrie, 8. Aufl. II. Bd.

Leipzig: Barth 1910

KRANZ, H.:

Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit.

Fortschr. Neurol. Psychiat. 23, 58 (1955)

KRETSCHMER, E.:

Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer
Hirnschwäche.

Z. Neur. 45, 272 (1919)

- Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl.

Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1950

KULENKAMPFF, C.:

Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in
der Genese endogener Psychosen.

Nervenarzt 33, 6 (1962)

- Über Wahrnehmung. Ihre Interpretation als
Störung der Wohnordnung.

Nervenarzt 24, 326 (1953)

LAUTER, H., HIPPIUS, H., KANOWSKI, S.:

Alterspsychiatrie. Epidemiologische Aspekte
alterspsychiatrischer Erkrankungen.

Nervenarzt 45, 289 (1974)

LECHLER, H.:

Die Psychosen der Alten.

Arch. f. Psychiat. u. Z. Neur. 185, 440 (1950)

LINDEMANN, E.:

Interrelation between the social environment and
psychiatric disorders.

New York: Springer 1953

LORENZ, K.:

Über die Bildung des Instinktbegriffes.

Naturwissensch. 25, 289, 307, 324 (1937)

MAUZ, F.:

Über Schizophrene mit pyknischem Körperbau.

Z.Neur. 86, 96 (1923)

MÜLLER, Chr.:

Alterspsychiatrie.

Stuttgart: Enke 1967

- Klinische Aspekte der Terminologie u. Klassifikation
in der Gerontopsychiatrie.

1. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Geronto-
psychiatrie 1971

OESTERREICH, K.:

Zum Begriff der Norm in der Psychiatrie des Alters
Nervenarzt 46, 285 (1975)

- Psychiatrie des Alters

Heidelberg: Quelle u. Meyer 1975

PAULEIKHOFF, B.:

Die paranoid-halluzinatorische Psychose im 4. Lebens-
jahrzehnt. Beginn, Krankheitsbild, Verlauf.

Fortschr. Neurol. Psychiat. 34, 548 (1966)

PLOOG, D.:

Vergleichend quantitative Verhaltensstudie an zwei
Totenkopffaffenkolonien.

Z. Morph. Anthr. 53, 92 (1963)

POST, F.:

The schizophrenie reaktion-type in later life.

Proc. Royal Soc. Med. 60, 249 (1967)

- Spezielle Alterspsychiatrie in: Psychiatrie der
Gegenwart Bd II/2

Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972

ROTH, M.:

Discussions on geriatric problems in psychiatrie.

Proc. Royal Soc. Med. 49, 243 (1956)

ROTHSCHILD, D.:

Senile psychosis and psychosis with cerebral arteriosklerosis

Hrsg: Kaplan, O.J. Mental disorders in later life.

Stanford 1950

RUFFIN, H.:

Das Altern und die Psychiatrie des Seniums.

In: Psychiatrie der Gegenwart Bd. I/1A

Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1967

SCHEID, W.:

Der Zeiger der Schuld in seiner Bedeutung für die
Prognose involutiver Psychosen.

Z.Neur. 150, 528 (1934)

SCHIMMELPENNING, G.W.:

Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte.
Basel: Karger 1965

SCHINDLER, R.:

Die psychischen Faktoren der senilen Dekompensation.
Wien. Z. Nervenheilk. 6, 185 (1953)

SEELERT, H.:

Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter.
Arch. Psychiat. 55, 1 (1915)

SJÖGREN, H.:

Neuropsychiatric disease in old age.
Akta Psychiatrica (Cobenhagn) Suppl. 106 (1956)

STAUDER, K.H.:

Über den Pensionierungsbankrott.
Psyche 9, 481 (1955)

WALTHER, R.:

Zur Wertigkeit einiger Sozialfaktoren für die
Reintegration Schizophrener.
Der Nervenarzt 39, 389 (1968)

WEITBRECHT, H.J.:

Zur Frage der paranoiden Rückbildungspsychosen.
Nervenarzt 12, 329 (1939)

ZUTT, J.:

"Über Daseinsordnungen" ihre Bedeutung für die Psychiatrie.
Nervenarzt 24, 177 (1953)

Lebenslauf

- 31.3.1942 geboren in Darmstadt als Sohn von Dr. med. Heinrich Schulte und Marianne Schulte, geb. Schenderlein.
- 1949 - 1953 Besuch der Katholischen Volksschule in Dortmund
- 1953 - 1963 Besuch des altsprachlichen Stadtgymnasiums Dortmund
- 15.2.1963 Reifeprüfung
- 1.4.1963 - 31.3.1964 Ableistung eines 1-jährigen Grundwehrdienstes
- SS 1964 Imatrikulation zum Med.Studium an der Joh.-Gutenberg-Universität Mainz
- 7.4.1967 ärztliche Vorprüfung
- 3.7.1970 ärztliche Prüfung an der Joh.-Gutenberg-Universität Mainz
- 21.9.1971 Approbation als Arzt durch das Sozial-Ministerium Rheinland-Pfalz
- 1.1.1972- 31.1.1976 Weiterbildung zum Nervenarzt als wissenschaftlicher Angestellter und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitäts-Klinik Mainz
- 3.2.1976 Anerkennung als Nervenarzt durch die Bezirksärztekammer Rheinhessen-Pfalz
- 1.2.1976- 31.9.1977 Assistenzarzt an der Neurolog.-Psychiatrischen Klinik der Städt. Kliniken Wiesbaden
- 16.8.1968 Eheschließung mit Hildegard Walter
jetzt stellvertretende Amtsärztin am Gesundheitsamt des Vogelsbergkreises
- 1969, 72, 74 und 78 Geburt meiner Kinder Claudia, Martin, Michael und Daniela
- 1.10.1978 Leitender Nervenarzt am Krankenhaus Eichhof in Lauterbach/Hessen

